

# **Mädchenbeschneidung und Geburt**

Bachelor-Thesis

von

**Olivia Seifriz & Jessica Zurkinden**

Bachelor 2011-2014

Erstgutachterin: Frau R. Osterwalder

Hochschule für Gesundheit Freiburg

Studiengang Bachelor of Science in Pflege

Juni 2014

## **Abstract**

**Hintergrund:** Die Mädchenbeschneidung ist ein grausames Ritual. Durch die heutige Migration leben zahlreiche beschnittene Frauen auch in der Schweiz. Durch diese Migration können Schweizer Spitäler und dadurch das Pflegepersonal mit diesen Frauen konfrontiert werden, spätestens, sobald die beschnittenen Frauen ein Kind zur Welt bringen. Alle Patienten sollen gleich behandelt werden und die Stigmatisierung muss in der Pflege vermieden werden.

**Ziel:** Das primäre Ziel liegt darin, die optimale Unterstützung, welche Pflegende beschnittenen Frauen postpartum anbieten können, herauszufinden.

**Methode:** Die vorliegende Arbeit ist eine Literaturübersicht aus 15 qualitativen und quantitativen Studien. Auf den Datenbanken PubMed, CINAHL und Medline wurde nach den Studien recherchiert. Diese mussten Einschlusskriterien erfüllen. Anschliessend wurden sie anhand von Beurteilungsbogen kritisch analysiert.

**Ergebnisse:** Die integrierten Studien wurden für die Bearbeitung der Ergebnisse in folgende Hauptthemen unterteilt: Mädchenbeschneidung in der Schweiz, Gesundheitliche Probleme, Fördernde Massnahmen, Pflegerisches Fachwissen, Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen, Kommunikation, Pflegerischer Umgang und Verlauf der Geburt. Dabei sind das Aufbauen einer Vertrauensbeziehung zwischen Patientin und Pflegenden, eine ausreichende Informationsvermittlung, Aufklärung und eine empathische Betreuung hilfreich, um eine optimale Pflege postpartum zu gewährleisten.

**Schlussfolgerung:** Die Unterstützung und Betreuung von beschnittenen Frauen postpartum stellt für Pflegende eine grosse Herausforderung dar. Das Pflegepersonal sollte in den Ausbildungen oder in Weiterbildungen vermehrt auf dieses Thema geschult werden. Denn nur durch ausreichendes Fachwissen, kann eine optimale Pflege stattfinden. Das Ziel der Arbeit wurde erreicht, jedoch besteht weiterhin Forschungsbedarf betreffend die Thematik.

**Schlüsselbegriffe:** FGM, beschnittene Patientinnen postpartum, Pflegeinterventionen, Schweiz

## Résumé

**Contexte:** Dans le monde, toutes les 15 secondes une fille ou femme subit le terrible rituel de la mutilation génitale. Avec le flux migratoire cette thématique prend de plus en plus d'ampleur dans les pays industriels. Au plus tard lors de l'accouchement de l'une de ces femmes, le système de santé suisse est confronté à cette problématique. Tous les patients doivent être pris en charge de la même manière et la stigmatisation dans le domaine des soins doit être évitée.

**Objectif:** Ce travail a pour but de découvrir quel soutien les professionnels de la santé peuvent apporter aux femmes ayant subi une mutilation génitale, en période postpartum.

**Méthode:** Une revue de littérature étoffée a été menée intégrant divers articles recueillis dans les banques de données suivantes: PubMed, CINAHL et Medline. Après une analyse critique 15 études qualitatives et quantitatives remplissant les critères d'inclusion ont été retenus pour ce travail.

**Résultats:** Les résultats des études ont pu être catégorisés en sept domaines: mutilation génitale en suisse, problèmes de santé, mesures de promotion, connaissances spécialisées en soins infirmiers, souhaits et besoins des patientes, communication, relation soignant-soigné et déroulement de l'accouchement. Une relation de confiance, un personnel soignant empathique et des informations précises sont nécessaire afin de pouvoir offrir des soins de qualité.

**Conclusion:** Le corps médical ne possède encore que de très peu d'expériences en ce qui concerne le suivi des femmes ayant été mutilées. Ceci explique l'importance d'encourager les formations continues, de mener des campagnes de sensibilisation auprès de la population mais aussi de fournir des explications adaptées aux femmes concernées afin qu'elles puissent prendre leur décision en toute connaissance de cause. L'objectif de ce travail a été atteint, toutefois cette thématique nécessite encore un approfondissement à travers de futures recherches.

**Mots clés:** Mutilation génitale chez la femme, soins et soutien postpartum, suisse

## **Vorwort und Danksagung**

Im Rahmen der Ausbildung zur dipl. Pflegefachfrau im Studiengang Bachelor of Science in Pflege an der Hochschule für Gesundheit in Freiburg, wurde die vorliegende Literaturübersicht verfasst. Diese ist die Abschlussarbeit eines lehrreichen Studiengangs und sie bildet einen ersten Schritt in die praktische Berufsausübung.

Die Autorinnen möchten sich hiermit bei den Personen bedanken, welche bei der Verfassung der vorliegenden Literaturübersicht ihre tatkräftige Unterstützung angeboten haben.

Einen besonderen Dank geht an die Begleitperson, Frau R. Osterwalder. Mit ihrem fachlichen Wissen konnte sie die Autorinnen während dem Verfassen der Arbeit kompetent betreuen und begleiten. Bei Fragen und Unklarheiten stand Frau R. Osterwalder immer mit Antworten zur Verfügung.

Des Weiteren möchten die Autorinnen ihren Familien und Bekannten danken, welche bei der schriftlichen Korrektur der Arbeit behilflich waren und den Autorinnen stets Mut und Durchhaltevermögen beim Schreiben dieser Arbeit entgegen gebracht haben.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1 Einleitung .....</b>	<b>7</b>
1.1 Problembeschreibung .....	7
1.2 Fragestellung .....	9
1.3 Ziele und Absichten.....	9
<b>2 Theoretischer Rahmen.....</b>	<b>10</b>
2.1 Definition von FGM .....	10
2.2 Geschichte .....	11
2.3 Geographie .....	13
2.4 Durchführung von FGM.....	13
2.5 Gesundheitliche Folgen von FGM.....	13
2.6 Rechtsgrundlage .....	14
2.7 Stigma.....	15
2.8 Pflege.....	15
2.9 Konzepte.....	16
2.9.1 Die Entwicklung interkultureller Sensibilität von Milton J. Bennett .....	16
2.9.2 Das Konzept transkultureller Kompetenz von Dagmar Domenig.....	16
2.9.3 Prinzipien der Pflegeethik .....	17
<b>3 Methodologie .....</b>	<b>18</b>
3.1 Vorgehen bei der systematischen Literaturübersicht .....	18
3.2 Design.....	18
3.3 Suchstrategie .....	19
3.4 Ein- und Ausschlusskriterien.....	20
3.5 Auswahl der Studien .....	20
3.6 Kritische Beurteilung .....	20
3.7 Ethische Überlegungen.....	21
<b>4 Ergebnisse .....</b>	<b>22</b>
4.1 FGM in der Schweiz.....	22
4.2 Gesundheitliche Probleme .....	23
4.3 Fördernde Massnahmen .....	24
4.4 Pflegerisches Fachwissen.....	27
4.5 Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen .....	28
4.6 Kommunikation .....	29
4.7 Pflegerischer Umgang.....	30
4.8 Verlauf der Geburt .....	31
<b>5 Diskussion .....</b>	<b>34</b>

5.1	FGM in der Schweiz.....	34
5.2	Gesundheitliche Probleme .....	35
5.3	Fördernde Massnahmen .....	37
5.4	Pflegerisches Fachwissen.....	39
5.5	Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen .....	41
5.6	Kommunikation .....	43
5.7	Pflegerischer Umgang.....	44
5.8	Verlauf der Geburt .....	44
<b>6</b>	<b>Schlussfolgerung .....</b>	<b>47</b>
6.1	Beantwortung der Fragestellung .....	47
6.2	Relevanz für die Pflegepraxis .....	48
6.3	Perspektiven für die Pflegeforschung.....	49
6.4	Stärken und Schwächen der Arbeit.....	50
6.5	Lernprozess .....	51
6.5.1	Lernprozess in Bezug auf die Thematik.....	51
6.5.2	Lernprozess in Bezug auf das methodische Vorgehen.....	51
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>53</b>
<b>8</b>	<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>57</b>
<b>9</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>58</b>
A.)	Erwähnte Konzepte (Punkt 2.9) im Detail .....	58
B.)	Der Forschungsprozess nach Mayer .....	61
C.)	Hierarchie der Forschungsevidenz .....	62
D.)	Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Forschungen .....	63
E.)	Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie .....	67
F.)	Überblick über die ausgewählten Studien .....	68
G.)	Zusammenfassung und Beurteilung der integrierten Studien .....	70
H.)	Überblick über die ausgeschlossenen Studien .....	99
I.)	Selbständigkeitserklärung .....	101

# 1 Einleitung

Die Beschneidung an Mädchen und Frauen<sup>1</sup> ist ein grausames Ritual. Aufgrund der heutigen Migration leben etliche Frauen mit FGM auch in der Schweiz. Durch diese Migration können auch Schweizer Spitäler und dadurch das Pflegepersonal mit diesen Frauen konfrontiert werden, spätestens, sobald die beschnittenen Frauen ein Kind gebären. Alle Patienten<sup>2</sup> sollen gleich behandelt werden und die Stigmatisierung muss in der Pflege vermieden werden. Im Rahmen dieser Literaturübersicht wird vertieft auf diese Thematik eingegangen. Im folgenden Abschnitt, wird in das Thema eingeleitet und die aktuelle Problematik aufgezeigt. Daraus wird die Fragestellung abgeleitet und die Ziele und Absichten dieser Bachelorarbeit werden dargestellt.

## 1.1 Problembeschreibung

Weltweit sind rund 130 Millionen Frauen und Mädchen beschnitten und alle 15 Sekunden erleidet ein weiteres Mädchen diese Peinigung. Starke Blutungen, Infektionen, Schmerzen und Komplikationen bei der Geburt gehören zu den schlimmsten und manchmal auch tödlichen Folgen von FGM. Die Gründe zur Durchführung von FGM basieren auf pseudo-wissenschaftlichen, -hygienischen, -medizinischen sowie religiösen und traditionellen Rechtfertigungen. FGM ist nicht nur eine Form der Gewalt, die das Leben von Millionen Frauen beeinträchtigt, sondern auch eine Frage der Menschenrechte. FGM verletzt das Recht auf einen unversehrten Körper (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2004).

Durch die weltweite Migration, leben auch in Europa Frauen mit FGM, wie auch Mädchen, denen diese menschenrechtsverletzende Praktik noch bevorsteht. In diesem Zusammenhang hat sich das Thema FGM seit geraumer Zeit bis zu uns in die Schweiz verbreitet (UNICEF, 2001). Laut UNICEF (2013) lebten im Jahr 2012 schätzungsweise 10'700 beschnittene Frauen und Mädchen in der Schweiz.

---

<sup>1</sup> Folgend wird hauptsächlich der Begriff FGM verwendet, dies ist die englische Abkürzung für Female Genital Mutilation.

<sup>2</sup> Zu Gunsten der einfacheren Lesbarkeit wird sowohl für die männliche und die weibliche Form die männliche Form verwendet. Ausnahme, wenn es sich nur um Frauen handelt, wird die weibliche Form verwendet.

Anhand dieser Zahlen liegt die Wahrscheinlichkeit, dass die Autorinnen in ihrem zukünftigen Berufsleben mit solchen Frauen postpartum konfrontiert werden, hoch. Ein Ziel der Pflege ist es, den Patienten eine individuelle und optimale Betreuung und Unterstützung anzubieten (ICN, 2010). Damit dieses Ziel bei gebärenden Frauen, welche das Ritual FGM durchlebt haben, umgesetzt werden kann, müssen die betroffenen Pflegekräfte ihr spezifisches Wissen über das Thema ausarbeiten. FGM wird fast ausschliesslich in afrikanischen Ländern praktiziert (Wuest, Raio, Wyssmueller, Mueller, Stadlmayr, Surbek & Kuhn, 2009). Daher ist es von Bedeutung, dass das betroffene Pflegepersonal Informationen über die kulturellen, traditionellen und religiösen Hintergründe betreffend FGM sowie über die Herkunft der Betroffenen erhalten. Um als Pflegeperson in solchen Situationen optimal handeln zu können, sind ebenfalls Kenntnisse über die Rechtsgrundlage in der Schweiz erforderlich.

Die Migration von Frauen mit FGM ist heutzutage ein zentrales Thema, dadurch sind die theoretischen und empirischen Untersuchungen bezüglich FGM in der Schweiz zunehmend. Besonders UNICEF und Terre des Femmes beschäftigen sich intensiv mit FGM und der Geburt durch beschnittene Frauen.

Laut gynécologie suisse (2005) zeigen aktuelle Erfahrungen der letzten Jahre, dass Patientinnen mit FGM in der Schweiz nicht immer eine adäquate Behandlung erhalten. Dafür sind bestimmt die mangelnde Erfahrung und Wissen des Gesundheitspersonals Gründe. Das Gesundheitspersonal kann bereits beim ersten Kontakt mit einer beschnittenen Frau diese ungewollt stigmatisieren. Durch die Stigmatisierung können Konsequenzen, wie eine inadäquate Behandlung, unsensible Herangehensweise, kritikwürdiges Verhalten und fehlende Prävention hervorgerufen werden (Käppeli, 2000).

Mit beschnittenen Patientinnen können Fachkräfte verschiedener Bereiche des Gesundheitswesens konfrontiert werden. In solchen Situationen ist das Personal nicht nur durch eine medizinische, sondern auch durch eine rechtliche, kulturelle und ethische Problematik gefordert.



## 1.2 Fragestellung

Damit die Autorinnen in ihrem späteren Berufsleben als Pflegefachfrauen wissen, welche Unterstützung Frauen mit FGM nach einer Geburt benötigen, ist es sinnvoll über dieses Thema zu recherchieren. Deshalb und anhand der beschriebenen Problemstellung wird folgende Fragestellung für die Bachelor-Thesis abgeleitet:

*Welche Unterstützung können Pflegende beschnittenen Frauen postpartum anbieten?*

## 1.3 Ziele und Absichten

Allen Patienten soll eine angepasste und individuelle Pflege gewährleistet werden (ICN, 2010). Um dies auch bei beschnittenen Patientinnen umsetzen zu können, ist es Voraussetzung, dass das Pflegepersonal den Unterstützungsbedarf dieser Frauen kennt (Nyfeler & Béguin-Stöckli, 1994). Die Kenntnis über die Herkunft, Hintergründe und die Folgen von FGM sind nötig, damit die Unterstützung optimal umgesetzt werden kann.

Für die vorliegende Literaturübersicht ergibt sich somit folgendes primäre Ziel:

Die Unterstützung, welche das Pflegepersonal Frauen mit FGM postpartum anbieten kann, soll erarbeitet werden. Weitere Ziele bestehen darin, die Folgen von FGM, die Herkunft und die Hintergründe dieser Frauen herauszuarbeiten.

Die in Punkt 1.2 erwähnte Fragestellung kann folgendermassen, anhand des PICO-Schemas, analysiert werden. P steht für die Population, also die beschnittenen Mädchen und Frauen. Der Buchstabe I steht für das Phänomen, in dieser Arbeit wäre dies die Unterstützung. Die letzten Buchstaben Co stehen für den Kontext, dieser wäre somit postpartum.

## **2 Theoretischer Rahmen**

Im nachstehenden Kapitel werden zentrale Begriffe der Bachelor-Thesis, wie FGM, die Folgen von FGM und die Rechtsgrundlage erläutert. Diese Begriffe werden definiert, um mögliche Verwechslungen oder Missverständnisse auszuschliessen. Des Weiteren wird auf die Geschichte, Verbreitung und Durchführung von FGM eingegangen. Anhand der Kapitel Stigma und Pflege wird der Bezug zur Pflege hergeleitet. Abschliessend werden noch verschiedene Pflegekonzepte passend zur Thematik vorgestellt.

### **2.1 Definition von FGM**

FGM bezieht sich auf sämtliche Eingriffe, die zu einer teilweisen oder totalen Entfernung oder sonstigen Verletzungen der äusseren weiblichen Geschlechtsorgane führen. Diese Eingriffe werden aus kulturellen und nicht aus medizinisch-therapeutischen Gründen durchgeführt (Plan Schweiz, 2012).

#### **Klassifikation der verschiedenen Typen**

Es existieren diverse Formen von FGM, wie auch verschiedene Mischformen. Laut Terre des Femmes Schweiz (2013) werden international vier verschiedene Hauptformen unterschieden. In der Praxis ist es nicht immer einfach die verschiedenen Formen voneinander zu unterscheiden.

Der Typ 1 ist die Klitorisdektomie oder auch Sunna genannt. Hier handelt es sich um eine teilweise oder sogar vollständige Entfernung der Klitoris.

Der zweite Typ ist die Exzision. Dieser Typ beinhaltet die teilweise oder die vollständige Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippen evtl. sogar die Entfernung der grossen Schamlippen.

Beim Typ 3 spricht man von einer Infibulation oder von einer pharaonischen Inzision. Dies ist die invasivste Form. Die äusseren Genitalien werden teilweise oder komplett entfernt und die verbleibende Haut wird bis auf eine kleine Öffnung zugenäht.

Es gibt noch zahlreiche andere Praktiken die nicht klassifizierbar sind. Diese werden dem Typ 4 zugeordnet. Dazu gehören:

- Einstechen, Einschneiden oder Einreissen der Klitoris
- Klitoris und kleine Schamlippen ausziehen und verlängern
- Ausbrennen der Klitoris
- Einführen ätzender Substanz in die Vagina, um diese zu verengen

Die Mehrheit aller Formen umfasst die Typen 1, 2 und 4 (Terre des Femmes, 2013).

### **Defibulation**

Bei infibulierten Frauen ist für den Geschlechtsverkehr oder für die Geburt eines Kindes eine Öffnung der Vagina notwendig. Falls dem Partner die Penetration durch die verbliebene Öffnung nicht gelingt oder keinen physiologisch angemessenen Geburtsverlauf ermöglicht werden kann, wird die infibulierte Vagina mit einem scharfen Gegenstand defibuliert bzw. aufgeschnitten. Dies geschieht in der Regel durch den Partner oder durch eine Beschneiderin. Bei der Defibulation können zusätzliche Verletzungen im Genitalbereich entstehen (Gruber, Kulik & Binder, 2005).

### **Reinfibulation**

In vielen Fällen wird nach einer Geburt bei Frauen, deren Vagina für die Entbindung defibuliert wurde, bis auf eine winzige Öffnung erneut zugenäht, die sogenannte Reinfibulation. Sobald dieser Vorgang mehrmals stattgefunden hat, z.B. bei mehreren Geburten, könnte kein Gewebe mehr für eine erneute Reinfibulation vorhanden sein (Gruber et al., 2005).

## **2.2 Geschichte**

Seit über 2000 Jahren existiert der Brauch von FGM. Religiöse Motive werden häufig zur Rechtfertigung herangezogen, jedoch schreibt keine Religion FGM vor. Die Tradition von FGM ist älter als der Islam oder das Christentum. Weitere Gründe zur Durchführung von FGM sind soziale und kulturelle Argumente. Diese unterscheiden sich in den verschiedenen Regionen (gynécologie suisse, 2005).

Folgend werden einige Beispiele aufgelistet:

- "Tradition
- Reinheitsgebot
- Ästhetische Gründe
- Bewahrung der Jungfräulichkeit
- Bewahrung der ehelichen Treue
- Hygienische Gründe
- Voraussetzung für die Heiratsfähigkeit
- Förderung der Fruchtbarkeit
- Bewahrung der Familienehre
- Stärkung der Gruppenzugehörigkeit
- Steigerung der sexuellen Befriedigung des Mannes
- Angst vor männlicher Impotenz, verursacht durch die Klitoris
- Angst vor einem kontinuierlichen bzw. überdimensionalen Wachstum der kleinen Schamlippen bzw. der Klitoris
- Angst vor dem Tod des Neugeborenen bei Kontakt mit der Klitoris während der Geburt
- Notwendigkeit, die männlichen Züge des neugeborenen Mädchens zu entfernen, dass das Kind in Zukunft ganz Frau wird" (gynécologie suisse, 2005, S.4).

Eine weitere Erklärung des Rituals besteht darin, dass die Alt-Ägypter glaubten, es würde eine Doppelgeschlechtlichkeit bei unbeschnittenem Intimbereich entstehen. Deshalb entfernten sie beim Mann die Vorhaut und bei der Frau die Klitoris, sowie die kleinen Schamlippen. Später wurde Ägypten von den Muslimen erobert, diese übernahmen das Ritual und gaben es bei ihren Eroberungszügen entlang der afrikanischen Küste an die dort lebende Bevölkerung weiter (Terre des Femmes, 2003).

## **2.3 Geographie**

FGM wird überwiegend in 28 afrikanischen Ländern südlich der Sahara und selten in einzelnen Regionen Asiens praktiziert.<sup>3</sup> In Somalia sind bspw. Schätzungen zufolge 98% aller Mädchen und Frauen betroffen. Je nach Gebiet und Tradition können die einzelnen FGM-Typen sehr voneinander abweichen (gynécologie suisse, 2005).

## **2.4 Durchführung von FGM**

Hebammen, herumreisende Zigeunerinnen, Wahrsagerinnen oder Barbieri führen grösstenteils die Prozedur von FGM durch. Sie findet meist unter unhygienischen Bedingungen im Elternhaus der Mädchen oder an bestimmten Plätzen statt (DBfK, 2008). Verwendete Instrumente sind: Messer, Scheren, Rasierklingen, lange Fingernägel, Glasscherben, scharfe Deckel von Metalldosen oder Skalpelle. Diese werden nach dem Eingriff nur unzureichend oder gar nicht desinfiziert oder gar gesäubert. Nur wenige Eltern, die einen höheren finanziellen Stand haben, können ihr Kind unter sterilen Verhältnissen und unter Narkose beschneiden lassen. Der Zeitpunkt der Beschneidung ist unterschiedlich. In manchen Regionen wird sie kurz nach der Geburt durchgeführt, in anderen erst kurz vor der Hochzeit (gynécologie suisse, 2005).

## **2.5 Gesundheitliche Folgen von FGM**

FGM zeigt vielfältige akute und/oder langfristige, oft irreversible Folgen. Diese hängen oftmals vom Eingriffstyp, von den Durchführungsbedingungen, aber auch vom Gesundheitszustand der Mädchen ab. Diese Mädchen erleben oft eine hohe körperliche und seelische Belastung, dass es häufig zu Depressionen und Verhaltensstörungen führen kann (Mama Afrika, 2009). Der Genitalbereich wird durch viele Nerven und Arterien versorgt, somit ist dieser extrem sensibel und da der Eingriff meistens ohne Anästhesie durchgeführt wird, kann das Mädchen unerträgliche Schmerzen erleiden.

---

<sup>3</sup> Insbesondere sind folgende Länder betroffen: Ägypten, Äthiopien, Benin, Burkina Faso, Demokratische Republik Kongo, Djibouti, Elfenbeinküste, Eritrea, Gambia, Ghana, Guinea, Indonesien, Jemen, Kamerun, Kenia, Liberia, Malaysia, Mali, Mauretanien, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Tansania, Togo, Tschad, Uganda und Zentralafrikanische Republik.

Viele Betroffene erleben FGM als traumatisierend, z.B. von der eigenen Mutter an die Beschneiderin übergeben und während dem Eingriff von ihren engsten Verwandten festgehalten zu werden. Zusätzlich dürfen die Mädchen ihre Schmerzen oft nicht zeigen, weil dies zum Ausschluss aus der Gemeinschaft führen kann. FGM erfolgt sehr häufig in ländlichen Gegenden unter sehr schlechten hygienischen Bedingungen. Das Infektionsrisiko kann dadurch sehr hoch sein und die Mädchen können mit Krankheiten wie HIV/AIDS infiziert werden. Um die starken Blutungen zu stillen, werden diverse Kräuter und Pflanzensäfte angewendet. Nicht selten verbluten die Mädchen. Manchmal sogar noch eine Woche später, wenn sich die Kruste über der klitoralen Arterie ablöst. Während dem Eingriff kann das Gewebe oder die Harnröhre verletzt werden. Daraus können Folgen wie Inkontinenz oder chronische Harnwegsinfektionen resultieren. FGM kann einen grossen Einfluss auf die sexuelle Erlebnisfähigkeit der Frauen haben. Bei infibulierten Frauen müsste die Vaginalöffnung für den ersten Geschlechtsverkehr aufgeschnitten werden. Da dies aber für den Ehemann ein Ehrverlust bedeutet, wird die Vagina oft gewaltsam durch die mechanische Penetration geöffnet (Mama Afrika, 2009). Bei der Geburt eines Kindes müssen die Narben ebenfalls durch die Geburtshelferin defibuliert werden. Durch die eingeschränkte Elastizität des Narbengewebes kann sich der Geburtskanal nicht genügend erweitern, somit verlängert sich die Dauer des Austreibungsvorgangs massiv (UNICEF, 2013). Für Mutter und Kind kann es zu lebensbedrohlichen Komplikationen führen. Laut einer Studie der Weltgesundheitsorganisation [WHO] (2006) sind Frauen mit FGM häufiger mit Komplikationen, wie schwere Blutungen konfrontiert, als solche ohne FGM. Diese Studie bestätigt auch, dass FGM eine erhöhte Säuglings- und Kindersterblichkeit mit sich zieht.

## **2.6 Rechtsgrundlage**

FGM gilt als einfache oder schwere Körperverletzung im Schweizerischen Strafgesetzbuch (Terre des Femmes, 2013). Aufgrund der hohen Migrationsströme, hat die Problematik von FGM in der Schweiz, in den letzten Jahren massiv an Bedeutung gewonnen (UNICEF, 2013). Seit dem 1. Juli 2012 ist FGM in der Schweiz offiziell verboten. Dieses Verbot soll die Mädchen, während einem Ferienaufenthalt im Heimatland vor FGM schützen.

Mit diesem Gesetz wird jegliche Form von FGM verboten, auch wenn es im durchgeführten Land toleriert wird (UNICEF, 2013). Nun droht den Tätern eine bis zu zehnjährige Freiheitsstrafe (Terre des Femmes, 2013). Jedoch genügt dieses Gesetz nicht, um diese Mädchen ganzheitlich zu schützen. Somit ist es wichtig, weiterhin die Menschen zu sensibilisieren und Präventionskampagnen durchzuführen. Zusätzlich sollte das Gesundheitspersonal Fälle von Kindsmishandlungen melden (UNICEF, 2013).

## **2.7 Stigma**

Stigma bezeichnet den Sonderfall eines sozialen Vorurteils gegenüber bestimmten Menschen, denen Eigenschaften zugeschrieben werden, die als nicht wünschenswert, minderwertig, schlecht und gefährlich eingestuft werden. Durch dieses eine Merkmal werden negative Rückschlüsse auf die ganze Person abgeleitet. Es gibt drei verschiedene Formen von Stigmata: psychische, soziale und körperliche.

In der Pflege kann das Personal den Patienten u.a. aufgrund der Kultur, Geruch, Behinderung oder psychische Krankheit stigmatisieren, sei es willkürlich oder unwillkürlich. Dies kann bei Pflegenden Spannung, Unsicherheit, Hilflosigkeit oder Ekel gegenüber dem Patienten auslösen. Ein zentrales Problem von Stigmatisierten stellt die Anerkennung der Person dar. Es können bei den Stigmatisierten Emotionen, wie etwa Scham, Minderwertigkeit, Angst oder Unsicherheit in den Vordergrund treten. Dadurch kann Stigma zum Verlust von bisher ausgeübten Rollen beitragen. Es kann für den Stigmatisierten zur sozialen Isolation führen oder er kann seine Ächtung als eigenes Versagen wahrnehmen, was bis zur Suizidgefährdung führen kann (Käppeli, 2000).

## **2.8 Pflege**

"Professionelle Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen. Pflege schliesst die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein.

Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse, Kommunikation, Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie Management des Gesundheitswesens und in der Bildung" (ICN, 2010).

## **2.9 Konzepte**

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit, werden drei Konzepte vorgestellt und einbezogen. Es handelt sich zum einen, um das Modell der Entwicklung interkultureller Sensibilität von Milton J. Bennett und zum anderen, um das Konzept transkultureller Kompetenz von Dagmar Domenig. Um professionelle Pflege bei Migranten umzusetzen, muss die fremde Kultur beiderseits verstanden und akzeptiert werden. Diese Konzepte dienen hierzu als Hilfe. Um die Pflege aus Sicht der Ethik zu betrachten, wird mit dem Konzept „Prinzipien der Pflegeethik“ abgeschlossen. Auf die einzelnen Unterkapitel der Konzepte wird im Anhang A spezifisch eingegangen.

### **2.9.1 Die Entwicklung interkultureller Sensibilität von Milton J. Bennett**

Das Instrument von Bennett umfasst die grundlegende Einstellung von Menschen gegenüber kulturellen Unterschieden. Es besteht aus sechs Stufen der Wahrnehmung und des Umgangs mit interkulturellen Unterschieden, diese werden von Erfahrungen und von der Reflexion dieser Erfahrungen beeinflusst. Die sechs Stufen werden in zwei Hauptgruppen unterteilt. Die ersten drei Stufen gehören zur Gruppe des Ethnozentrismus, dies bedeutet, dass die eigene Kultur als zentrale Realität erlebt wird und die restlichen drei Stufen werden der Gruppe des Ethnorelativismus zugeteilt. Beim Ethnorelativismus wird die eigene Kultur im Kontext anderer Kulturen erlebt. Die sechs Stufen des Instruments von Bennett sind Verleugnung, Abwehr, Minimalisierung, Akzeptanz, Anpassung und Integration (Intercultures, 2006).

### **2.9.2 Das Konzept transkultureller Kompetenz von Dagmar Domenig**

Die transkulturelle Kompetenz ist für Domenig ein Teil der professionellen Pflege. Sie beschreibt die transkulturelle Pflege als eine Herangehensweise, die für eine auf die Bedürfnisse von Migranten angepasste Pflege notwendig ist. Die professionelle Pflege soll situationsgerechte Pflege einschliessen und auf die Bedürfnisse von Migranten eingehen.



Die Interaktion zwischen Pflegenden und Migranten wird durch die transkulturelle Kompetenz ins Zentrum gestellt. Durch diese transkulturelle Interaktion kommt es zum Aufeinandertreffen von individuellen Lebenswelten und Lebenserfahrungen. Somit besteht die transkulturelle Kompetenz aus einer transkulturell kompetenten Interaktionsfähigkeit im Migrationskontext. Diese Interaktionsfähigkeit stützt sich auf folgende drei Säulen:

- Selbstreflexion
- Hintergrundwissen und Erfahrung
- Narrative Empathie (Schinnerl, 2011).

### **2.9.3 Prinzipien der Pflegeethik**

Beauchamp und Childress beschreiben in ihrem Buch "Principles of Biomedical Ethics" die vier ethisch-moralischen Prinzipien: Prinzip der Autonomie, des Nicht-Schadens, des Guten-Tuns und der Gerechtigkeit. In der Pflege sind Fachpersonen immer wieder mit Grenzsituationen von Menschen konfrontiert, in denen sie gefordert sind richtig zu handeln. Das eigene Tun muss reflektiert werden, hierfür dient die Pflegeethik als Unterstützung. Dabei können diese aber in Konflikt geraten: Um eines zu erfüllen, könnte gegen ein anderes verstossen werden, auch ethisches Dilemma genannt (Beauchamp & Childress, 2001).

### **3 Methodologie**

In diesem Kapitel wird der Begriff Literaturübersicht definiert, das methodologische Vorgehen beschrieben und mit den einzelnen Schritten des Forschungsprozesses (siehe Anhang B) in Verbindung gebracht.

#### **3.1 Vorgehen bei der systematischen Literaturübersicht**

Um sich einen Einblick in die Thematik zu verschaffen und das Wissen zu vertiefen, wurde zu Beginn der Bachelorthesis in die Thematik eingeleitet. Dafür sind Recherchen in Fachbüchern und im Internet (AI, UNICEF, Caritas, Terre des Femmes etc.) durchgeführt worden. In einem zweiten Schritt wurden passende Studien gesucht, diese gelesen und mittels eines Rasters zusammengefasst. Aus den Ergebnissen der integrierten Studien wurden relevante Unterthemen resümiert. Die Resultate wurden in den passenden Themenbereich eingeordnet, beschrieben, in einem Text parallel gestellt und miteinander verglichen. In der Diskussion wurden die Ergebnisse kritisch beurteilt und mit der Theorie in Vergleich gestellt. Anhand der Schlussfolgerung konnten entsprechende Interventionen für die Praxis abgeleitet werden.

#### **3.2 Design**

Da es zur Beantwortung der Fragestellung als angemessen erscheint, wurde für die Arbeit eine systematische Literaturübersicht durchgeführt. Anhand einer Literaturübersicht werden verschiedene publizierte Studien zusammengefasst, analysiert und verglichen. Laut Behrens und Langer (2010) werden Literaturübersichten in die Kategorie der Sekundärpublikationen eingeteilt, da sie bereits veröffentlichte Studien kritisch analysieren und zusammenfassen. Somit ermöglicht es ein umfassendes Bild an Interventionen zu erhalten. Es wurden nur Studien ausgewählt, welche bestimmte Qualitätskriterien erfüllen. Durch die Bewertung mehrerer Studien konnte eine Übersicht des aktuellen Forschungsstands aufgezeigt werden und Forschungslücken konnten erfasst werden. Anhand des Zusammentragens und das Vergleichen verschiedener Studien konnte neues Wissen gelernt werden.

Der systematischen Literaturübersicht wird eine hohe Beweiskraft zugeschrieben, somit wird sie laut Hamer und Collinson (2002) in der Hierarchie der Forschungsevidenz in die Stufe 1 (siehe Anhang C) eingeteilt.

Dieses Design ist aufgrund seines Charakters optimal für das Erforschen des vorliegenden Themas geeignet. Es wurden bereits Forschungen zu diesem Thema durchgeführt und publiziert, anhand der Recherchen wurde aber keine Literaturübersicht mit derselben Thematik gefunden.

Weiter besteht die Möglichkeit, dass dieses Design eine Basis für einen Leitfaden in der Praxis darstellt und das Pflegepersonal erhält mit geringem Aufwand einen Einblick in den aktuellen Forschungsstand. Die systematische Literaturübersicht ist im Vergleich zu anderen Designs kostengünstig und mit geringem Aufwand realisierbar (Mayer, 2009).

### **3.3 Suchstrategie**

Nach einer ersten Formulierung der Forschungsfrage, wurde diese nochmals umstrukturiert und angepasst. Anschliessend konnte in Datenbanken, wie PubMed, CINAHL und Medline, konkrete Antworten gesucht werden. Diese Datenbanken sind spezifisch auf die Pflege ausgerichtet.

Um die Kostenpflicht zu umgehen, wurde über das private soziale Netzwerk oder über allgemeine Suchmaschinen versucht die Studien aufzutreiben. Es wurden nur Forschungsarbeiten beigezogen, welche eine konkrete Antwort auf die Fragestellung liefern.

Um die Fragestellung in den Datenbanken am treffendsten zu repräsentieren wurden folgende Begriffe, in verschiedenen Kombinationen, verwendet:

- female circumcision (Zirkumzision der Frau)
- female concision (Beschneidung der Frau)
- female genital mutilation (weibliche Genitalverstümmelung)
- Switzerland (Schweiz)
- birth (Geburt)
- support (Unterstützung)
- care (Pflege)
- consequences (Folgen)

### **3.4 Ein- und Ausschlusskriterien**

Um möglichst passende Studien zu finden wurden folgende Ein-und Ausschlusskriterien berücksichtigt.

- Es wurden nur Studien einbezogen, keine Fachartikel.
- Abgesehen von einer Studie, war das Publikationsjahr nicht älter als 15 Jahre.
- Nur beschnittene Frauen wurden berücksichtigt, keine beschnittenen Männer.
- Studien in deutscher, französischer und englischer Sprache wurden eingeschlossen.
- Es wurden sowohl qualitative als auch quantitative Studien integriert, da sich diese zur Beantwortung der Fragestellung gut ergänzen. Quantitative Daten wurden verwendet, um zu erkennen, ob und wie viele Frauen mit FGM in der Schweiz leben und qualitative Daten wurden verwendet, um die nötige Unterstützung, welche diese Frauen postpartum benötigen zu erfahren.

### **3.5 Auswahl der Studien**

Nach abgeschlossener Literaturrecherche eigneten sich 15 Studien für die Beantwortung der Forschungsfrage. Die einzelnen Studien wurden kritisch beurteilt und zusammengefasst (siehe Anhang G).

### **3.6 Kritische Beurteilung**

Um die Qualität der einzelnen Studien messen zu können, wurden diese je nach Design anhand von Beurteilungsbogen kritisch beurteilt (siehe Anhang D & E):

Die Bewertung für qualitative Studien erfolgte anhand des Beurteilungsrasters von Behrens und Langer (2010). Die Beurteilung wurde mit Hilfe eines Punktesystems durchgeführt. Konnte die Frage mit *Ja* beantwortet werden, erhielt die Studie einen Punkt. Total konnten 12 Punkte erreicht werden. Mindestens acht Fragen, dies entspricht 67%, mussten positiv beantwortet werden, damit die Studie in die Literaturübersicht einbezogen werden konnte.

Die quantitativen Studien wurden anhand der Richtlinien für die kritische Bewertung von LoBiondo-Wood (2005) beurteilt: Ebenfalls wurde die kritische Bewertung mit Hilfe eines Punktesystems unternommen. 14 Punkte konnten maximal vergeben werden. Konnte die Frage mit *Ja* beantwortet werden, erhielt die Studie einen Punkt. Wurden 67% erreicht, das wären somit mindestens 10 Punkte, wurde die Studie in die Literaturübersicht einbezogen.

### **3.7 Ethische Überlegungen**

Auf Menschen bezogene wissenschaftliche Forschung, wird mit ethischen Fragen in Verbindung gesetzt. Deshalb ist es, wie in der Pflegepraxis, auch in der Pflegeforschung notwendig, sich mit dieser auseinander zu setzen. An der Forschung teilnehmende Patienten zu schützen und die Forschungsmethoden nach bestem Wissen korrekt anzuwenden, sind Forderungen, welche in der auf Menschen bezogenen wissenschaftlichen Forschung berücksichtigt werden sollten. Die ethischen Grundsätze, Autonomie, Gutes-Tun, Nicht-Schaden und Gerechtigkeit gelten somit nicht nur in der Pflegepraxis, sondern auch in der Pflegeforschung. Anhand der ethischen Grundsätze werden weiter drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes für die Forschung abgeleitet: Umfassende Information und freiwillige Zustimmung, Anonymität und Schutz der Einzelnen vor Schäden (Mayer, 2007). In der vorliegenden Literaturübersicht wurden die ethischen Aspekte berücksichtigt, untersucht und in den einzelnen Zusammenfassungen der Studien integriert. Lediglich bei drei Studien wurden die ethischen Aspekte nicht erwähnt. Da sich diese Studien jedoch gut für die Beantwortung der Fragestellung eigneten und die restlichen Einschlusskriterien erfüllt haben, wurden diese trotzdem in die Literaturübersicht integriert.

## **4 Ergebnisse**

Die Ergebnisse von insgesamt 15 Studien wurden in die systematische Literaturübersicht einbezogen. Alle Studien erreichten die Einschlusskriterien. Während der Bearbeitung der verschiedenen Studien, haben sich Themenbereiche in Bezug auf die pflegerische Unterstützung von beschnittenen Frauen postpartum herauskristallisiert. Damit eine übersichtliche Darstellung gewährleistet werden kann, werden die wichtigsten Ergebnisse in folgende Themenbereiche unterteilt:

- FGM in der Schweiz
- Gesundheitliche Probleme
- Fördernde Massnahmen
- Pflegerisches Fachwissen
- Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen
- Kommunikation
- Pflegerischer Umgang
- Verlauf der Geburt

### **4.1 FGM in der Schweiz**

10'501 Migranten aus 28 afrikanischen Ländern, in denen FGM praktiziert wird, lebten laut Kessler und Tanner (2003) im Jahr 2003 in der Schweiz. Schätzungen zufolge sind davon 4'051 Frauen von FGM betroffen. Die Studie von Thierfelder, Tanner und Kessler-Bodiang (2005) weist eine ähnliche Zahl auf, laut ihren Schätzungen lebten 5'718 beschnittene Frauen im Jahr 2005 in der Schweiz. Diese Frauen sind mehrheitlich in den Städten Genf und Lausanne, gefolgt von Bern und Zürich wohnhaft. Auch die Studie von UNICEF (2004) bestätigt, gesundheitsbezogene Berufsgruppen aus der Romandie werden häufiger mit beschnittenen Frauen konfrontiert als die aus der deutschsprachigen Schweiz. Dass die Anzahl Frauen mit FGM zunimmt, zeigt auch eine spanische Studie von Kaplan-Marcusan, Toran-Monserrat, Moreno-Navarro, Fabregas und Munoz-Ortiz (2009). Daraus kann entnommen werden, dass sich die Anzahl der medizinischen Konsultationen mit beschnittenen Frauen von 2001 bis 2004 mehr als verdoppelt hat.

An der Untersuchung von Hohlfeld (2001) nahmen 454 Gynäkologen teil. 233 gaben an, mindestens einmal eine beschnittene Frau behandelt zu haben. Ebenfalls in der Westschweiz lag diese Zahl sehr hoch. 12 Gynäkologen wussten sogar von Fällen, in denen die Durchführung von FGM in der Schweiz stattgefunden hat. Sechs Teilnehmer wurden gefragt, wo man in der Schweiz FGM durchführen lassen kann.

Es hat sich herauskristallisiert, weibliche Fachpersonen hätten häufiger Erfahrungen mit beschnittenen Frauen gehabt als männliche (UNICEF, 2004).

Die Publikation von Wuest et al. (2009) zeigt auf, betroffene Frauen stammen hauptsächlich aus Ländern Afrikas, der Hauptteil kam aus Somalia (n=42). Da in diesen Ländern vor allem FGM nach den Typen 2 und 3 erfolgt, wiesen die meisten Frauen (n=87) auch eine dieser Typen auf. Der Beschneidungstyp hängt vom Ursprungsland ab. Dies bestätigt auch die Untersuchung der WHO study group (2006). In dieser Studie wird aufgezeigt, 74% aller Frauen in Burkina Faso, Ghana, Kenia, Nigeria, Senegal und Sudan sind beschnitten.

#### **4.2 Gesundheitliche Probleme**

Laut der Untersuchung von Stiller (2006), sind bei 2/3 der Betroffenen aufgrund von FGM medizinische Komplikationen aufgetreten. Hebammen, welche in diese Studie eingeschlossen wurden, gehen davon aus, beschnittene Patientinnen leiden unter permanenten körperlichen Schmerzen, sowie unter psychischen Problemen.

Auch die Studie von Wuest et al. (2009), welche im Inselspital Bern durchgeführt wurde, zeigt auf, Frauen, welche nach den Typen 2 und 3 beschnitten wurden, tragen gesundheitliche Probleme mit sich, wie bspw. Dispareunie, Apareunie, schmerzhaftes Menstruation und Probleme in Bezug auf die Miktions. Weitere Folgen, welche die Studie belegt, waren: Wiederkehrende Harnwegsinfektionen und ein Gefühl von nicht komplett geleerter Blase. Ähnliche Ergebnisse bestätigen ebenfalls folgende Schweizer Studien: Die Hauptkomplikationen, welche die Befragten (n=19) in der Studie von Kessler und Tanner (2003) angaben, waren schmerzhaftes und verlängertes Menstruationsblutungen und Sexualstörungen. Je nach Art von FGM variierte das Ausmass der Symptomatik. Ebenfalls gaben die Befragten (n=4), als weitere Folge Miktionschwierigkeiten an.

In dieser Studie wird beschrieben, die geburtshilflichen Komplikationen in der Schweiz spielen eine wesentlich geringere Rolle als in den Heimatländern, jedoch treten die psychosexuellen Probleme in den Vordergrund. Da die Migrantinnen aufgrund FGM in Bezug auf die Sexualität anders sind als die einheimischen Frauen, tragen die Betroffenen diesen Faktor als Sorge mit sich.

Die Untersuchung von Thierfelder et al. (2005) weist auf, Schwierigkeiten betreffend den Geschlechtsverkehr (n=16) und der Menstruation (n=14) wurden als häufigste Komplikation von den betroffenen Frauen, wie auch vom medizinischen Personal genannt. Gefolgt von Harnwegsinfekten (n=7), lokalen (n=3) und geburtshilflichen Komplikationen (n=3).

Die Konsultationsgründe der beschnittenen Frauen mit dem medizinischen Personal waren in der Studie von Nyfeler und Béguin-Stöckli (1994) sexuelle Probleme (19%), Harnwegsinfekte (4%) und psychologische Probleme (4%).

Auch die Studie von Pereda, Arch und Pérez-Gonzalez (2012), welche in Spanien durchgeführt wurde, bekräftigt, Folgen von FGM können Sexualfunktionen sein. Alle Frauen gaben an, während dem Geschlechtsverkehr bestehe vaginale Trockenheit, aber sie haben immer noch die Möglichkeit einen Orgasmus zu erreichen.

In der Studie der Afrikanischen Frauenorganisation in Wien (2000) gaben von insgesamt 250 Afrikanern und Afrikanerinnen, welche aus Ländern stammen, in denen FGM praktiziert wird, 56,8% an, sie wissen über die negativen Folgen von FGM Bescheid. Dies sind Störungen des Geschlechtsverkehrs, Infektionen, Schmerzen, Probleme während der Geburt, Blutungen, Traumen und der Tod.

In der Untersuchung von Kölbl und Prof. Dr. Schlögel (2006) gaben 86% an, FGM wurde anhand genereller Untersuchungen der Patientinnen erkannt. Ausnahmslos standen, wie in der Untersuchung von UNICEF (2004), chronische Schmerzen als klinischer Befund im Vordergrund.

#### **4.3 Fördernde Massnahmen**

Croasdell (2010) hat für die Untersuchung 18 Pflegefachfrauen und Hebammen in den USA, welche jemals beschnittene Frauen gepflegt haben, u.a. über individuelle therapeutische Konversationen befragt. Viele der Teilnehmer äusseren, es sei von Bedeutung, mit den beschnittenen Frauen postpartum ein Beckentrainingprogramm durchzuführen.



Die Teilnehmer meinten, es wäre von Vorteil, bei beschnittenen Frauen vorauszudenken, dass diese einen exzessiven Dammschnitt postpartum haben werden. Es stellte sich heraus, 56,25% (n=9) führten keine individuellen therapeutischen Kommunikationsarten mit beschnittenen Frauen vor der Geburt durch. Jedoch sollten die Pflegefachfrauen vor und während der Geburt mit den Betroffenen detaillierte Gespräche über die Defibulation führen. Somit sollte für die Gesprächstermine mehr Zeit einberechnet werden. Für viele beschnittene Patientinnen war es das erste Mal, dass sie mit einem formalen Gesundheitssystem in Kontakt gekommen sind, deshalb sollte sich das Pflegepersonal bewusst sein, dass die Betroffenen gar nicht wissen, was genau durch FGM mit ihnen vorgefallen ist. Für die beschnittenen Frauen wird sich durch eine Defibulation vieles verändern, deshalb sollen sie vom Pflegepersonal informiert und beraten werden.

In der Befragung von Kessler und Tanner (2003) berichtete ein Gynäkologe, er habe eine beschnittene Frau betreut, welche das Gefühl hatte, sie sei die einzige Frau mit FGM. Er habe daher vorgeschlagen, Selbsthilfegruppen betreffend FGM einzuführen.

Auf die Thematik zur Prävention der eigenen Töchter wurde in sieben, der in die Literaturübersicht integrierten Studien, angesprochen: Alle drei Frauen, welche an der Datenerhebung von Pereda et al. (2012) teilnahmen, sagten, sie seien gegen FGM und haben ihre Töchter nicht beschneiden lassen. Sie vermuten, diese Meinung gegen FGM sei durch die Migration ausgelöst worden.

In der Publikation von Kessler und Tanner (2003) äusserte die Mehrheit des medizinischen Personals, wie auch der betroffenen Frauen, sie haben nicht über die Zukunft der Töchter betreffend FGM gesprochen bzw. sie wurden nicht darauf angesprochen. Gründe, welche das medizinische Personal angegeben hat, waren: Nicht der richtige Zeitpunkt, nicht der richtige Ort, Mangel an Zeit, Sprachbarriere, andere wichtigere Fragen, zu wenig intensiver Patientenkontakt und Tabuthema. Ähnliche Ergebnisse zeigt die Studie von Zenner, Liao und Creighton (2013). Keine der 15 beschnittenen Frauen, welche Mädchen geboren haben, wurde auf die Illegalität von FGM hingewiesen. Das Gesundheitsamt wurde nur über eine Geburt dieser Mädchen informiert.

Vier von insgesamt 29 Frauen mit FGM äussern sich gegen FGM und befürworten die Abschaffung. Dem medizinischen Personal, mit welchem Interviews durchgeführt wurde, war kaum bewusst, dass ihre Patientinnen die Praktik möglicherweise bei ihren Töchtern anwenden werden (Nyfeler & Béguin-Stöckli, 1994).

In der Forschungsarbeit von UNICEF (2004) wurden 42 von insgesamt 1'799 Personen aus dem Gesundheitswesen mindestens einmal gefragt, wo man in der Schweiz FGM durchführen könnte. Auch die Ergebnisse von Stiller (2006) bekunden, 1/3 der beschnittenen Frauen war sich des Problems von FGM bewusst, trotzdem hatten 11,6% vor, ihre eigene Tochter beschneiden zu lassen. In der Studie der Afrikanischen Frauenorganisation in Wien (2000) äusserten 76%, sie möchten eine völlige Abschaffung von FGM. 54% bekundeten den Wunsch, Europa solle sich allgemein der Lösung des Problems annehmen und für eine Abschaffung sorgen. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Regierungen, um die Migranten an der Basis erreichen zu können, eine spezifische Gesetzgebung, welche FGM verbietet, Aufklärung des Gesundheitspersonals, Kursangebote für Frauen über reproduktive Gesundheit und Menschenrechte, sowie Kampagnen gegen FGM über Medien waren Empfehlungen zur Abschaffung. 54 von 250 Befragten liessen ihre eigene Tochter beschneiden. 88,5% davon, liessen dies in ihrem afrikanischen Heimatland durchführen. Dies vor allem deshalb, weil FGM in vielen Teilen Europas verboten ist. Die Begründung der befragten Eltern für die Durchführung von FGM an ihren Töchtern liegt bei 77,8% in der Tradition. Gefolgt von den Gründen Frauen hätten kein Recht "nein" zu sagen, Gesundheit und Moral der Frauen und Frauen werden mehr Kontrolle über ihr Sexualleben haben. 141 der Befragten sind gegen FGM. Dies aufgrund dessen, es gäbe keinerlei medizinische oder religiöse Gründe, Verletzung der Menschenrechte, eingeschränkter Geschlechtsverkehr, es sei keine Tradition und es sei verboten.

#### **4.4 Pflegerisches Fachwissen**

In Spanien wurde eine Querschnittsstudie unter Ärzten, Gynäkologen, Hebammen und Pflegefachfrauen durchgeführt. Das Ziel dieser Untersuchung war es, die Wahrnehmung, das Mass an Wissen und die Haltung in Anbetracht auf FGM zu ermitteln. Rund 4/5 der Befragten gaben an, Interesse betreffend FGM sei vorhanden, die Frauen (85,4%) weisen ein signifikant grösseres Interesse auf als die männlichen Befragten (74%).

96,5% der Befragten gaben an, zu wissen, was FGM ist, aber weniger als die Hälfte (40%) konnte die Typen korrekt definieren und weniger als ein 1/3 (30%) konnte die Länder, in welchen diese Praktik durchgeführt wird, aufzählen. Die Studie bekundet, Wissen in Bezug auf FGM ist bei den befragten Frauen wesentlich grösser (44,6%) als dies der Männer (37,8%). Im Jahr 2001 waren 49,8% der Befragten der Meinung, das Thema sollte in der Ausbildung unterrichtet werden, im Jahr 2004 waren nur noch 31% dieser Meinung (Kaplan-Marcusan et al., 2009).

Die Studie von Lazar, Johnson-Agbakwu, Davis und Shipp (2013), welche in Ohio unter Hebammen und Gynäkologen durchgeführt wurde, legt dar, nur ein Teilnehmer von insgesamt 14 berichtete darüber, in seiner Ausbildung Informationen, über den Umgang mit beschnittenen Frauen pränatal und während der Geburt, erhalten zu haben. Alle anderen Studienteilnehmer konnten diese Informationen erst bei der Konfrontation mit beschnittenen Frauen sammeln. Keine der Institutionen, in denen die Probanden arbeiteten, verfügte über ein Protokoll oder Standard in Bezug auf die Betreuung von genitalbeschnittenen Frauen. Dass die Thematik nur in geringen Zügen oder gar nicht in die Ausbildung integriert wird, bestätigt auch die Untersuchung von Croasdell (2010). Es wurde gefragt, ob es in ihrer tätigen Institution Protokolle in Bezug auf die Pflege von Frauen mit FGM gibt. Wie in der Publikation von Lazar et al. (2013) gab der Grossteil (87,5%) an, in ihrer tätigen Institution seien keine solchen Protokolle vorhanden. Der Rest der Teilnehmer wusste nicht, ob es solche Protokolle in ihrer Institution gibt. In derselben Studie gaben 93,75% an, es bestehe eine Lücke zwischen dem kulturellen Bewusstsein und der ausreichenden Kenntnisse bezüglich Pflege bei Genitalverstümmelung.

Knapp die Hälfte (43,75%) der Befragten berichtete, sie haben während ihrer Ausbildung Unterricht über das Thema gehabt und dieser Unterricht sollte während der Ausbildung fokussiert werden. Es wurde ebenfalls erwähnt, eine Notwendigkeit bestehe für Sensibilisierungs-Kurse betreffend die Thematik.

17 Hebammen und 20 Ärzte, welche mindestens einmal eine Frau mit FGM betreut haben, wurden schweizweit über FGM befragt. Eine Hebamme erklärte, sie könne durch Erfahrungen und selbständiges Nachforschen über FGM, einen viel besseren und aktiveren Umgang mit beschnittenen Frauen pflegen.

Die Mehrheit des medizinischen Personals wünscht sich mehr Informationen durch Guidelines, Referenzzentren, Workshops oder andere Ressourcen, betreffend FGM (Kessler & Tanner, 2003).

Die Ergebnisse von UNICEF (2004) belegen, 80,8% der befragten Hebammen, Gynäkologen, Pädiatern und Sozialstellen wünschen sich die Integration des Themas FGM und der Rechtslage in der Ausbildung oder in einer Weiterbildung. Dieses Ergebnis bestätigt auch die Darlegung von Stiller (2006). 59,1% der befragten Gynäkologen, Hebammen und Pädiatern zeigen ein Bedürfnis nach Informationen über FGM in einer Fortbildung. Somit ist das Interesse, wie in der Untersuchung von Lazar et al. (2013) bestätigt, ebenfalls vorhanden.

81% der Krankenanstalten in Österreich haben bis zur Untersuchung keine Schritte unternommen, um weitere Auskünfte bezüglich FGM zu erlangen. Aber auch hier befürworten mehr als 3/4 (79%) der Krankenanstalten die Thematik in das Curriculum der medizinischen Aus- oder Weiterbildung zu integrieren (Kölbl & Prof. Dr. Schlögel, 2006).

#### **4.5 Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen**

Das primäre Ziel der Untersuchung von Thierfelder et al. (2005) war: Die Erfahrungen von beschnittenen Migrantinnen mit Gynäkologen und der geburtshilflichen Versorgung im Schweizerischen Gesundheitssystem zu analysieren. 29 beschnittene Frauen nahmen u.a. an der Untersuchung teil. Den Ergebnissen konnte entnommen werden, die meisten Betroffenen hätten sich mehr Informationen betreffend der Geburt gewünscht. Weitere Wünsche, welche die Mehrheit der Befragten angegeben haben waren: Mehr Zeit des Pflegepersonals für Diskussionen, eine empathischere Betreuung, und der Wunsch von einer Frau betreut zu werden.

Gleiche Wünsche und Bedürfnisse werden auch in der Studie von Kessler und Tanner (2003) beschrieben. Jedoch erwähnten nicht nur die Betroffenen den Wunsch nach einer weiblichen Betreuung, sondern auch das medizinische Personal hatte das Gefühl, die beschnittenen Frauen würden lieber mit einer Frau über das Thema sprechen sowie lieber von einer Frau untersucht werden. Zudem wurden Wünsche der beschnittenen Frauen genannt wie, das Pflegepersonal solle ihnen mit mehr Wärme und Empathie begegnen und falls nötig, solle den Betroffenen einen Übersetzer zur Verfügung gestellt werden. Die befragten Frauen wünschten sich auch konkrete Informationen bezüglich der weiblichen Anatomie nach einer Defibulation, illustriert anhand von Bildern, Zeichnungen und Spiegeln.

Bei vier integrierten Studien wurde der Faktor „Angehörige“ angesprochen: Die Studien von Kessler und Tanner (2003) und Pereda et al. (2012) weisen ähnliche Ergebnisse auf. Hier wird erwähnt, dass das Thema FGM nicht mit den Ehemännern besprochen wird. Hauptbegründung der befragten Frauen war: Dieses Thema gehe ihre Männer nichts an. Dies im Widerspruch zur Studie von Stiller (2006), bei welcher Gynäkologen, Pädiater und Hebammen befragt wurden. Es wird beschrieben, dass der Partner bei 41% der Konsultationen anwesend war. Einerseits hatte dies zur Folge, dass sich Scham- und Tabureaktionen der Patientinnen verstärkten. Andererseits konnten kulturelle Barrieren minimiert werden. In einer weiteren Untersuchung von Nyfeler und Béguin-Stöckli (1994) berichtete das medizinische Personal, bezüglich der Defibulation hatten sie den Eindruck, die Entscheidung wurde bei 10 Patientinnen stark vom Ehemann oder den Angehörigen beeinflusst.

#### **4.6 Kommunikation**

In Ohio nahmen 14 Gynäkologen und lizenzierte Hebammen an einer Studie betreffend FGM teil. Viele Teilnehmer berichteten über Kommunikationsschwierigkeiten während der Betreuung von beschnittenen Frauen. Diese Schwierigkeiten scheinen laut der Untersuchung auf folgende Faktoren zurückzuführen: Die Sprache, die Interpretation bezüglich Objektivität und Qualität der Dolmetscher, die Patientenautonomie, resp. Frauen, welche von Familienmitgliedern begleitet wurden, präsentieren ihre Wünsche nicht offen, sowie Unbehagen über das Thema zu sprechen (Lazar et al., 2013).

Die Publikation von Kessler und Tanner (2003) besagt, die meisten Frauen aus Somalia haben kein Problem, auf FGM angesprochen zu werden, hingegen Frauen aus Eritrea wollen lieber nicht darüber sprechen. In der Studie wurde ebenfalls erläutert, solange es keine Anzeichen von FGM gab, hat die Mehrheit des medizinischen Personals die Frauen diesbezüglich nicht angesprochen. Nur ein Interviewpartner des medizinischen Personals von insgesamt 37 berichtete, er spreche betroffene Frauen auf psychosexuelle Aspekte an. Auch die Studie von Thierfelder et al. (2005) belegt dies. Die Ergebnisse bekunden, das Thema wird während den Konsultationen oft nicht angesprochen. Die beschnittenen Frauen, sowie das medizinische Personal waren sich einig, dies sei zurückzuführen auf: Sprachbarriere, Kultur, geschlechtliche oder soziale Gründe und Zeitmangel.

Anhand der Untersuchung von Zenner et al. (2013) mit 197 gebärenden Frauen in London wurde festgestellt, dass 45% aller Frauen, welche ein FGM-Risiko aufwiesen entsprechend angesprochen wurden. Die Mehrheit der beschnittenen Frauen wurde über die Anatomie und Notwendigkeit einer Defibulation aufgeklärt. Nur einer Frau, welche kein Englisch sprach, wurde einen Dolmetscher zur Verfügung gestellt.

#### **4.7 Pflegerischer Umgang**

In der Untersuchung von Wuest et al. (2009) wurden 122 beschnittene Patientinnen, welche ein Kind im Inselspital Bern zur Welt brachten, über ihre Zufriedenheit mit dem medizinischen Personal bezüglich der Handhabung mit ihrer Genitalbeschneidung befragt. 53% waren sehr zufrieden, 23% mehr oder weniger, 12% nicht zufrieden und die Restlichen waren zu keiner Aussage bereit. Sechs Teilnehmerinnen wünschten nach der Geburt reinfibuliert zu werden, diese sind in den 12% der nicht zufriedenen, mit eingeschlossen. Sechs Patientinnen waren mit der generellen Situation unzufrieden.

In der Studie von Kessler und Tanner (2003) äusserten die Betroffenen, die erste Untersuchung in der Schweiz ist die Basis für das Vertrauen. Die Reaktion der Ärzte auf FGM hat einen grossen Einfluss auf die weiteren Konsultationen.

Es wurde auch erwähnt, das medizinische Personal hätte Schwierigkeiten gehabt, die gynäkologische Untersuchung mit den Betroffenen durchzuführen, wie auch mit der anatomischen Struktur der beschnittenen Frauen umzugehen. Nicht selten lösten Reaktionen des medizinischen Personals, bei den Betroffenen Gefühle von Scham und Furcht aus. Das medizinische Personal informierte ihrerseits ebenfalls, die erste Konfrontation mit FGM hätte bei ihnen einen Schock und Erstaunen ausgelöst. Oftmals werde FGM bei gynäkologischen Untersuchungen nur angesprochen, wenn die Betroffenen eine Defibulation oder eine Reinfibulation wünschen. Die Betroffenen hatten das Gefühl, das medizinische Personal wolle dieses Thema aufgrund von Zeitmangel gar nicht ansprechen. Dies bestätigte ebenfalls das medizinische Personal. Vergleichbare Ergebnisse lieferte die Studie von Thierfelder et al. (2005). Das medizinische Personal, wie auch die befragten Frauen konnten sich gut an die erste Konsultation erinnern. Die beschnittenen Frauen hatten oft das Gefühl, das medizinische Personal sei über die Beschneidung geschockt oder überrascht gewesen. Dies löste bei den Frauen Gefühle von Scham oder sogar Furcht aus. Manche Frauen fühlten sich durch das Schweizerische Gesundheitswesen schlecht unterstützt. Wichtige Fragen betreffend der Schwangerschaft und der Geburt wurden ihnen nicht beantwortet.

An der Studie von Nyfeler und Béguin-Stöckli (1994) nahmen verschiedene Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen teil. Der Umgang mit betroffenen Patientinnen bereitete den Interviewpartnern Mühe. Unsicherheit und Angst wurden genannt, auch in Bezug darauf, wie diese Frauen gynäkologische Untersuchungen erleben und wie die erlittene Verstümmelung zu thematisieren sei. Auch wird beschrieben, dass die Schmerzempfindung je nach Kultur unterschiedlich geäußert wird.

#### **4.8 Verlauf der Geburt**

Verschiedene Studien, welche in die vorliegende Literaturübersicht mit einbezogen wurden, thematisieren den Verlauf der Geburt. In der Untersuchung von Wuest et al. (2009) wurden beschnittene Frauen über den Umgang mit FGM während der Schwangerschaft befragt. Acht von insgesamt 122 beschnittenen Patientinnen wünschten sich eine vorgeburtliche Defibulation.

94 wünschten sich eine Defibulation während der Geburt, die restlichen Teilnehmerinnen konnten ihre Erwartungen nicht ausdrücken. Dass sich die Mehrheit der Betroffenen eine Defibulation während der Geburt wünscht, bestätigen auch zwei weitere Studien: In Bezug auf technische Aspekte äusserten die beschnittenen Frauen, sie hätten sich eine Defibulation während der Geburt gewünscht und nicht als traumatisches Erlebnis während der Schwangerschaft. Sie wünschten sich ebenfalls eine Defibulation, welche unter grosser Sorgfalt durchgeführt wird und die Möglichkeit normal gebären zu können. Nicht, dass von Anfang an vorgeschlagen wird, einen Kaiserschnitt zu vollziehen (Kessler & Tanner, 2003). Laut den Ergebnissen von Thierfelder et al. (2005) sagte die Mehrheit der beschnittenen Frauen, sie würden lieber während der Geburt, anstatt während der Schwangerschaft, eine Defibulation durchführen lassen.

Von 122 Teilnehmerinnen hätten sich sechs gewünscht, nach der Geburt reinfibuliert zu werden (Wuest et al., 2009). In der Studie von Hohlfeld (2001) waren dies jedoch erheblich mehr. Von 233 Gynäkologen, welche eine beschnittene Frau betreut haben, erwähnten 40%, sie seien gebeten worden, eine Reinfibulation durchzuführen. Ähnliche Ergebnisse weist auch die Untersuchung von Kessler und Tanner (2003) auf. Die Mehrheit der Frauen mit FGM, welche für die Geburt defibuliert wurde, wünschte sich nach der Geburt eine Reinfibulation. Laut der Untersuchung von Wuest et al. (2009) gab es, im Vergleich zur Kontrollgruppe, in Bezug auf die fötale Beziehung, mütterlichen Blutverlust oder Dauer der Geburt keine signifikanten Unterschiede. Jedoch gab es mehr Notfälle in der Gruppe der Frauen mit FGM.

Auch die WHO study group (2006) hat eine Studie mit beschnittenen Frauen und einer Kontrollgruppe mit Unbeschnittenen durchgeführt, dies jedoch in Geburtskliniken in Afrika. 1'970 Teilnehmerinnen von insgesamt 28'393 hatten einen postpartum Blutverlust von 500ml und mehr. Die Studie zeigt auf, dass Frauen mit FGM nach Typ 2 und 3 ihr Kind eher per Kaiserschnitt zur Welt brachten und dass sie eher zu postpartum Blutverlust von mehr als 500ml neigten als nicht beschnittene Frauen. Frauen mit FGM mussten ihren Spitalaufenthalt nach der Geburt oft verlängern. 88% der beschnittenen Frauen hatten nach der Geburt einen Dammschnitt. Von allen Teilnehmerinnen starben während ihres Spitalaufenthaltes 54 Frauen, wovon 45 beschnitten waren.



10% aller Neugeborenen wogen unmittelbar nach der Geburt weniger als 2'500 Gramm, 8% mussten wieder belebt werden und 5% waren Totgeburten oder starben unmittelbar nach der Geburt. In allen drei genannten Punkten lag die Quote bezüglich der Neugeborenen von beschnittenen Frauen signifikant höher als die von Unbeschnittenen.

Ein Ziel der Studie von Lazar et al. (2013) war u.a., zu ermitteln, ob es Erfahrungen, Praktiken und Gewohnheiten betreffend der pränatalen Pflege, Geburt und Management von Frauen mit FGM gibt. Dazu wurden 14 Gynäkologen und Hebammen befragt. Die Ergebnisse der Studie bekunden, die Kaiserschnitt-Raten von beschnittenen Frauen sind nicht wesentlich höher als die der allgemeinen Bevölkerung. Ein Teil der Teilnehmer berichtete über Vorfälle, bei denen somalische Patientinnen einen Kaiserschnitt verweigerten und dies dann zum fötalen Tode führte. Die Teilnehmer sagten aus, diese Vorfälle seien auf die kulturellen Werte zurückzuführen oder auch darauf, dass die Frauen Angst haben durch einen Kaiserschnitt die Chance auf weitere Kinder zu verringern. Das befragte medizinische Personal hatte, aufgrund ihres Wissens über einen möglichen Tod des Fötus, Schwierigkeiten diese Wünsche zu respektieren.

## **5 Diskussion**

Im nachstehenden Kapitel werden die Ergebnisse analysiert und mit der Theorie sowie den vorgestellten Konzepten in Verbindung gebracht. Die Diskussion wird zur besseren Übersicht in die gleichen Unterkapitel eingegliedert, wie die Ergebnisse. Die Studien wurden, wie in der Methodologie beschrieben, anhand der Beurteilungsbogen von Behrens und Langer (2010) und von LoBiondo-Wood (2005), beurteilt. Durch diese Beurteilung der einzelnen Studien werden die Schwächen der Studien in Bezug auf Design, Stichprobe, Datensammlung und Ethik aufgezeigt. Die Studien beinhalten verschiedene Themen, deshalb wird in mehreren Kapiteln auf die einzelnen Studien eingegangen. Die Bewertung erfolgt jedoch nur, bei der ersten Erwähnung der Studie.

### **5.1 FGM in der Schweiz**

Wie in der Einleitung beschrieben, hat sich das Thema FGM bis in die Schweiz verbreitet (UNICEF, 2001). Diese Annahme bestätigen verschiedene der integrierten Studien. In der Theorie wird beschrieben, dass die Westschweiz mehr mit afrikanischen Migranten konfrontiert ist, als die deutschsprachige Schweiz (UNICEF, 2004). Dies wurde in der Darlegung von Thierfelder et al. (2005) sowie in der Studie von UNICEF (2004) bestätigt. Es ist anzunehmen, dass die betroffenen Migranten sich aus sprachlichen Gründen eher in die Westschweiz absiedeln. Wie in der Theorie laut gynécologie suisse (2005) beschrieben, wird FGM an Mädchen hauptsächlich in Ländern Afrikas durchgeführt. Da die Landessprache in vielen Regionen Afrikas Französisch ist oder die französische Sprache den Afrikanern eher bekannt ist als Deutsch, liegt eine Bevorzugung der französischen Schweiz nahe. So kann auch der Start der Migranten in einem fremden Land mit weniger Hürden bewältigt werden.

Die Untersuchung von Thierfelder et al. (2005) wurde anhand des Beurteilungsbogens von Behrens und Langer (2010) kritisch beurteilt. Sie erreichte 83%. Da die Forschungsfrage in dieser Publikation nicht klar aufgezeigt und nicht klar beschrieben ist, ob die Datensammlung bis zur Sättigung vollzogen wurde, erhielt sie in diesen Punkten Abzug. Die Studie weist jedoch eine hohe Glaubwürdigkeit auf und die ethischen Kriterien werden erfüllt. Die Untersuchung von UNICEF (2004) ist quantitativ und wurde daher mit dem Beurteilungsbogen von LoBiondo-Wood (2005) analysiert.

Sie erreichte anhand der Bewertungspunkte 78%. Abzug erhielt die Studie, weil die Ethik nur sehr minimal beschrieben ist und weil die Grenzen der Verallgemeinerung nicht erläutert werden.

Die Studie von Kaplan-Marcusan et al. (2009) wurde anhand des Beurteilungsbogens von LoBiondo-Wood (2005) kritisch beurteilt. Die Studie erreichte 79%. Es werden keine Forschungsfragen oder Hypothesen aufgezeigt. Das Forschungsdesign wird zwar erwähnt, aber nicht begründet. Deshalb erhielt die Studie Abzug. Diese Querschnittsstudie weist auf, dass sich die Anzahl der medizinischen Konsultationen mit beschnittenen Frauen von 2001 bis 2004 mehr als verdoppelt hat. Anhand dieser Zahlen ist anzunehmen, dass die Migration von Menschen aus Afrika nach Europa zunehmend ist und auch die Zahl der von FGM betroffenen Mädchen und Frauen.

Die Studie von Hohlfeld (2001) wurde anhand des Beurteilungsbogens von LoBiondo-Wood (2005) kritisch beurteilt. Sie erreichte 68%. Abzug erhielt die Studie, weil die Methodologie, das Design und die ethischen Aspekte nur sehr knapp beschrieben werden. Die Stichprobenzahl ist jedoch gross gewählt (n=454) daher kann wiederum Wert auf die Glaubwürdigkeit gelegt werden. Laut dieser Studie wurden Gynäkologen öfters gefragt, wo man in der Schweiz FGM durchführen kann. Diese Praktik ist in der Schweiz seit 2012 verboten (UNICEF, 2013). Nun kann die Frage gestellt werden, ob die Gynäkologen diese Fälle weitergemeldet haben oder nicht. Dies ist ein sehr wichtiger Punkt, denn auch, wenn FGM nicht durchführbar ist, bleiben diese Mädchen gefährdet. Wiederum wird hier die Bedeutung zur Sensibilisierung des medizinischen Personals notwendig.

## **5.2 Gesundheitliche Probleme**

FGM zieht vielfältige körperliche und psychische Komplikationen mit sich. Dies wird sowohl in der Theorie (Mama Afrika, 2009), wie auch in vielen der integrierten Studien beschrieben: Die Publikation von Stiller (2006) wurde anhand des Beurteilungsbogens von LoBiondo-Wood (2005) kritisch analysiert. 71% wurden erreicht. Bemängelt wird, dass nicht explizit beschrieben ist, ob die Fragebogen anonym ausgefüllt und bewertet wurden.

Diese Publikation beschreibt, dass bei 2/3 der Betroffenen aufgrund von FGM medizinische Komplikationen aufgetreten sind. Anhand dieser Zahlen wird bekräftigt, dass FGM gesundheitliche Folgen mit sich ziehen kann.

Die Theorie beschreibt (Mama Afrika, 2009) als häufige Folgen von FGM Inkontinenz und chronische Harnwegsinfektionen. Dies bestätigen zwei Studien (Wuest et al., 2009 und Nyfeler & Béguin-Stöckli, 1994). Beide Studien wurden anhand des Beurteilungsrasters von LoBiondo-Wood (2005) analysiert. Die Studie von Wuest et al. (2009) erreichte 71%. Abzug erhielt die Studie betreffend den Forschungsfragen, diese werden nicht klar aufgezeigt. Ebenfalls Abzug erhielt sie in den Bereichen; Reliabilität und Validität sowie Anwendung und Verwertung in der Praxis. Die Forschungsarbeit von Nyfeler und Béguin-Stöckli (1994) erzielte ebenfalls 71%, diese bekam Abzug in folgenden Punkten: Die Gefahren der internen Validität sowie die Reliabilität und Validität des Instruments. Zudem stellen die Autoren bezüglich der Datenanalyse kein Signifikanz-niveau dar. Daher ist die Glaubwürdigkeit beider Studien nicht zu 100% gewährleistet.

In den Ergebnissen von Kessler und Tanner (2003) sowie Nyfeler, Béguin-Stöckli (1994) werden Sexualstörungen als weitere Folge von beschnittenen Frauen genannt. Dies beweist die Theorie (Mama Afrika, 2009). Die Studie von Kessler und Tanner (2003) wurde anhand des Beurteilungsbogens für qualitative Studien kritisch beurteilt. Sie erreichte anhand der Punkte 83%. Da die Forschungsfrage nicht klar aufgezeigt wird und nicht beschrieben ist, ob die Datensammlung bis zur Sättigung vollzogen wurde, erhielt sie in diesen Punkten Abzug. Die Stichprobenzahl war passend und gross ausgewählt, so dass die Repräsentativität und die Glaubwürdigkeit hoch ausfallen.

Ebenfalls beschreibt Mama Afrika (2009), dass FGM einen grossen Einfluss auf die sexuelle Erlebnisfähigkeit hat, dies widerlegt die Studie von Pereda et al. (2012). Alle Teilnehmerinnen äussern, sie hätten immer noch die Fähigkeit einen Orgasmus zu erreichen. Die Glaubwürdigkeit ist jedoch nicht gewährleistet, da in dieser Studie die Stichprobenzahl minim ist. Die Studie erhielt dennoch anhand der Bewertung nach dem Beurteilungsbogen von Behrens und Langer (2010) 83%.

Der Theorie (Mama Afrika, 2009) ist zu entnehmen, FGM kann während der Geburt für Mutter und Kind zu lebensbedrohlichen Komplikationen führen. Kessler und Tanner (2003) deuten darauf hin, dass in der Schweiz ein wesentlich geringeres Risiko besteht als in den Heimatländern. Wahrscheinlicher Grund dafür ist, dass die Schweiz in der Medizin und den hygienischen Standards um wesentliches weiter fortgeschritten ist als die afrikanischen Länder. Ein wichtiger Punkt, erwähnt die Studie von Kessler und Tanner (2003) nämlich die psychosexuellen Probleme, unter welchen die beschnittenen Frauen leiden. Laut der Theorie (gynécologie suisse, 2005) ist FGM für die betroffenen Frauen eine Tradition. Ihre Familien unterstützen die Beschneidung und sie kennen es nicht anders. Sobald die Betroffenen auswandern, wird ihnen bewusst, dass nicht alle Frauen beschnitten sind und zudem die Beschneidung in vielen Ländern als Verbrechen gilt. Dadurch werden diese Frauen zwischen richtig und falsch hin und her gerissen.

### **5.3 Fördernde Massnahmen**

Sobald FGM durchgeführt wurde, gibt es kein Zurück mehr, dementsprechend gibt es keine Möglichkeit zur Wiederherstellung der natürlichen genitalen Anatomie. Glücklicherweise gibt es verschiedene fördernde und unterstützende Massnahmen. Kessler und Tanner (2003) beschreiben in ihrer Untersuchung, es sei sinnvoll Selbsthilfegruppen für Frauen mit FGM zu gründen. Anhand von Selbsthilfegruppen können die Betroffenen erkennen, dass es noch andere Frauen gibt, denen dieses grausame Ritual widerfahren ist. Zu wissen, dass sie nicht das alleinige Schicksal tragen, kann für die Betroffenen eine Unterstützung im psychischen Wohlbefinden sein. Das Pflegepersonal sollte sich ebenfalls bewusst sein, dass durch dieses Wissensdefizit die Betroffenen oft gar nicht erkannt haben, was genau mit ihnen durch FGM vorgefallen ist. Deshalb sollte das Pflegepersonal fachlich kompetente Gespräche mit betroffenen Patientinnen führen.

Die Darlegung von Croasdell (2010) wurde anhand des Beurteilungsbogens von Behrens und Langer (2010) kritisch analysiert. Das gewählte Design, wie auch die Datensättigung werden zu wenig ausführlich aufgezeigt, deshalb erhielt die Untersuchung Abzug. Sie erreichte 83%. Aufgrund der hohen Prozentzahl können die Ergebnisse immer noch stark gewichtet werden.

Croasdell (2010) beschreibt, es sei von Bedeutung mit den beschnittenen Frauen postpartum Beckentrainingsprogramme, zur Förderung der Blasenfunktion, durchzuführen. Durch eine Geburt wird die Blasenfunktion automatisch beeinträchtigt, zudem wird gemäss Theorie (gynécologie suisse, 2005) diese natürliche Beeinträchtigung der Blasenfunktion durch FGM zusätzlich verstärkt. In derselben Untersuchung wird ebenfalls beschrieben, dass bei Frauen mit FGM vorteilhafterweise ein exzessiver Dammschnitt im Voraus geplant werden sollte. Dies zurückzuführend darauf, dass die Öffnung der Vagina durch FGM verkleinert ist (Plan Schweiz, 2012). Damit das Kind trotzdem ausgetrieben werden kann, wird wahrscheinlich das Gewebe in der Umgebung der Vagina stark und unkontrolliert eingerissen.

Auf die Thematik der Prävention der eigenen Töchter wurde in sieben der integrierten Studien eingegangen (Pereda et al., 2012; Kessler & Tanner, 2003; Zenner et al., 2013; Nyfeler & Béguin-Stöckli, 1994; UNICEF, 2004; Stiller, 2006; Afrikanische Frauenorganisation in Wien, 2000).

Die Publikation von Zenner et al. (2013) erzielte anhand der kritischen Beurteilung nach dem Beurteilungsbogen von LoBiondo-Wood (2005) 71%. Abzug erhielt die Studie aufgrund dessen, dass keine Hypothesen oder Fragestellungen aufgestellt werden, das Design zwar beschrieben aber nicht begründet wird, die Validität evtl. verfälscht wurde, weil evtl. nicht alle Vorkehrungen in den Krankendossiers dokumentiert wurden und weil in der Studie nicht beschrieben ist, ob die Teilnehmerinnen ihre Zustimmung zur Durchführung dieser Studie gegeben haben. Eine ähnliche Bewertung weist die Studie der Afrikanischen Frauenorganisation in Wien (2000) auf. Sie erreichte anhand der Bewertung von Behrens und Langer (2010) 75%. Abzug erhielt die Studie, weil die Instrumente zur Datenauswertung und die ethische Anerkennung nicht beschrieben werden. Anhand des Vergleichs mit den anderen fünf Studien bezüglich der Prävention, können die Ergebnisse jedoch, hoch gewichtet werden. Auffällig ist, dass abgesehen von einigen Ausnahmen, die meisten beschnittenen Frauen gegen FGM sind und sie diese Praktik bei ihren eigenen Töchtern nicht durchführen werden. Dieses Denken kann auf drei Arten begründet werden. Einerseits sagen die Betroffenen nicht die Wahrheit, weil sie wissen, dass die Industrieländer für die Abschaffung von FGM sind.

Andererseits könnte es sein, dass die Migrantinnen aufgrund des Einblicks in eine andere Kultur ihr Denken geändert haben und sich des Problems bewusst geworden sind. Oder Aufgrund des Verbots von FGM in den Industrieländern, wird die Möglichkeit eine Beschneidung durchführen zu lassen stark eingeschränkt resp. eliminiert.

In diesen sieben Studien kam ebenfalls eindrücklich hervor, dass sich das Pflegepersonal oft nicht bewusst war, dass das unter ihrer Betreuung soeben geborenen Mädchen dieser menschenunwürdigen Tradition untergezogen werden könnte. Dies kann auf eine entsprechende Wissenslücke der Fachpersonen zurückzuführen sein.

Laut der Forschungsarbeit der Afrikanischen Frauenorganisation in Wien (2000) bekundete mehr als die Hälfte der Befragten den Wunsch, Europa solle für eine Abschaffung von FGM sorgen. Wie im theoretischen Rahmen von UNICEF (2013) beschrieben, ist FGM in der Schweiz seit Juli 2012 verboten. In derselben Studie wird ersichtlich, dass ein Teil (n=54) der Befragten, trotz Verbot, ihre eigene Tochter traditionsgemäss im afrikanischen Heimatland beschneiden liess. Dies kann in der Theorie von gynécologie suisse (2005) wiedergefunden werden. Aufgrund dieser Aussage, kann die Frage gestellt werden, ob die Abschaffung dieser Praktik jemals ein Ende finden wird. Der Kern des Problems liegt hauptsächlich in afrikanischen Ländern, dort wo diese Traditionen seit Jahrhunderten fest verankert sind (gynécologie suisse, 2005). Diese Ergebnisse sprechen einmal mehr für die Wichtigkeit einer Aufklärung des Gesundheitspersonals, sowie für Kampagnen gegen FGM.

#### **5.4 Pflegerisches Fachwissen**

Anhand der Ergebnisse der integrierten Studien, kann ermittelt werden, dass das Thema FGM zu wenig im Ausbildungsprogramm zur Pflegeperson integriert ist. Somit ist das Wissen über die Thematik sehr gering.

Dass das Interesse und das Wissen bezüglich FGM bei den Frauen grösser ist als bei den Männern, bestätigt die Forschungsarbeit von Kaplan-Marcusan et al. (2009). Pflegefachfrauen werden wahrscheinlich häufiger mit FGM-Patientinnen konfrontiert. Zudem wird FGM nur an Frauen durchgeführt, daher könnte es sein, dass Pflegefachfrauen eher Interesse an der Thematik zeigen als männliches Personal.

Diese Fakten könnten eine Gemeinsamkeit aufweisen. Sobald entsprechendes Interesse da ist, ist man auch bestrebt danach zu forschen und Wissen wird angeeignet.

Die beiden Publikationen von Lazar et al. (2013) und Croasdel (2010), belegen, in den meisten Institutionen gibt es keine Protokolle oder Standards in Bezug auf die Pflege von Frauen mit FGM. Dies könnte einen Grund sein, dass, wie in der Theorie von gynécologie suisse (2005) beschrieben, beschnittene Patientinnen in der Schweiz nicht immer eine adäquate Behandlung erhalten. Dieser Aspekt verdient eine grosse Beachtung. Die Pflegekräfte können nicht alleine die nötigen Ressourcen zur Verfügung stellen, um beschnittenen Frauen eine angepasste Behandlung zu ermöglichen. Deshalb ist eine Sensibilisierung innerhalb der Institutionen notwendig. Die Forschungsarbeit von Lazar et al. (2013) wurde anhand des Beurteilungsbogens von Behrens und Langer (2010) kritisch analysiert. Kritik erhielt sie, weil die Autoren die Signifikanz für die Pflege nicht ausreichend beschreiben und die Glaubwürdigkeit nicht evaluiert wurde. Sie erreichte 83%. Anhand der hohen Prozentzahl können die Ergebnisse immer noch stark gewichtet werden.

Es ist anzunehmen, dass FGM in der Schweiz noch zu wenig verbreitet ist und daher sind noch keine Protokolle oder Standards in den verschiedenen Institutionen vorhanden oder die Verantwortlichen überlegen sich nicht, dass die Pflege von solchen Frauen demnach anzupassen ist. Da es im Moment noch zu wenig solche Protokolle oder Standards gibt, ist das Pflegepersonal selber verantwortlich sich durch Nachforschen Informationen anzueignen. Eine Hebamme erklärte in der Untersuchung von Kessler und Tanner (2003), sie könne durch Erfahrung und selbständiges Nachforschen über FGM, einen viel besseren und aktiveren Umgang mit beschnittenen Frauen pflegen. Diese Aussage lässt sich mit dem Konzept der Transkulturellen Kompetenz von Dagmar Domenig verknüpfen. Sie beschreibt die transkulturelle Pflege als eine Herangehensweise, bei der die Pflege den Bedürfnissen von Migrantinnen angepasst werden muss. Es ist notwendig, die Bedürfnisse dieser beschnittenen Migrantinnen zu kennen. Dies kann nur geschehen, wenn genügend Fachwissen vorhanden ist.



Erst sobald das Pflegepersonal mehr Informationen über FGM erhält und diese umsetzt, befindet sich das Personal laut dem Konzept von Milton J. Bennett, die Entwicklung interkultureller Sensibilität, in der Stufe 5 der Anpassung. (Schoeffel & Gariazzo-Dessiex, 2011).

Dazu kommt, dass sich der Grossteil des medizinischen Personals mehr Informationen über den Hintergrund und die Betreuung dieser Frauen wünscht, dies bekunden die Forschungsarbeiten von Kessler und Tanner (2003), Stiller (2006) und Kölbl und Prof. Dr. Schlögel (2006). Die Untersuchung von Kölbl und Prof. Dr. Schlögel wurde anhand des Beurteilungsbogens von LoBiondo-Wood (2005) kritisch beurteilt. Mängel liegen darin, dass die Instrumente zur Datenanalyse und die Ethik sehr gering bzw. nicht beschrieben sind. Trotzdem erreichte die Untersuchung 71%. Da die Stichprobenzahl sehr hoch gewählt wurde ist die Untersuchung trotzdem repräsentativ.

## **5.5 Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen**

Wünsche und Bedürfnisse werden in zwei der integrierten Studien angesprochen (Thierfelder et al., 2005 und Kessler und Tanner, 2003). In beiden Studien wird als primärer Wunsch die Betreuung durch eine weibliche Pflegeperson angegeben. Dies wurde so in der Theorie nicht wiedergefunden. Jedoch ist dieser Aspekt sehr gut nachvollziehbar. Der Genitalbereich dieser Frauen wurde schwer verletzt und viele Betroffene erleben dadurch oft grosse Schamgefühle. Dazu kommt, dass in afrikanischen Kulturen die Verhältnisse zwischen Mann und Frau mit denen der Industrieländer nicht zu vergleichen sind. Der Kontakt zum medizinischen Personal ist für diese Frauen meistens komplex und wenn dieser mit einem Mann stattfinden muss, wird dies noch zusätzlich erschwert. Um auf dieses Bedürfnis der Patientinnen eingehen zu können, stellen die Prinzipien der Pflegeethik eine Unterstützung dar. Anhand dieser Prinzipien kann erkannt werden, dass die Entscheidung zu einer Betreuung durch eine Pflegefachfrau, ethisch korrekt ist. Alle Prinzipien können dabei berücksichtigt werden. Es ist gut möglich, dass die weiteren Wünsche der beschnittenen Patientinnen, welche in den erwähnten Studien genannt wurden, aufgrund des Zeitdrucks nicht vollumfänglich respektiert werden konnten. Es ist jedoch Aufgabe der Pflege, sich Zeit für solche Wünsche zu verschaffen.

Der Wunsch einen Dolmetscher zur Verfügung zu stellen ist nicht unbedingt auf einen Zeitmangel zurückzuführen. Es könnte aber sein, dass keiner, welcher die entsprechende Sprache beherrscht, in der betreffenden Institution vorhanden ist.

Wie in der Definition laut ICN (2010) beschrieben, ist auf die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten einzugehen, eine Schlüsselaufgabe der Pflege. Diese Aussage bekräftigt auch das Konzept von Domenig, sie beschreibt, die professionelle Pflege solle situationsgerechte Pflege einschliessen und auf die Bedürfnisse von Migranten eingehen (Schinnerl, 2009). Anhand dieser Aussagen kann dargelegt werden, dass eine optimale Betreuung und Pflege von Patienten nur umgesetzt werden kann, wenn ihre Wünsche und Bedürfnisse berücksichtigt werden.

In den Studien von Kessler und Tanner (2003) sowie in derjenigen von Pereda et al. (2012) wird beschrieben, dass die betroffenen Frauen nicht mit ihren Ehemännern über FGM sprechen. Jedoch wird in der Studie von Stiller (2006) ersichtlich, dass der Partner in knapp der Hälfte der Konsultationen anwesend war. Hier kann die Hypothese gestellt werden: Die Ehemänner werden nicht mit dem Thema konfrontiert, weil FGM durch eine Frau durchgeführt wird (gynécologie suisse, 2005). Eine zweite Hypothese ist, dass durch die Anwesenheit des Ehemannes die Scham- und Tabureaktionen der beschnittenen Frauen verstärkt werden. Hingegen kann diskutiert werden, ob die Teilnahme des Ehemannes an den Konsultationen als Chance angesehen werden kann, denn dadurch sinken evtl. die kulturellen und sprachlichen Barrieren. Andererseits berichtete das medizinische Personal in der Datenerhebung von Nyfeler und Béguin-Stöckli (1994), dass sie den Eindruck hatten, Frauen mit FGM wurden bezüglich der Defibulation stark vom Ehemann oder den Angehörigen beeinflusst. Die Theorie (gynécologie suisse, 2005) erklärt dies anhand von sozialen, kulturellen und traditionellen Gründen oder die Frauen wollen die Familienehre bewahren.

## 5.6 Kommunikation

In der Pflege ist es unvermeidlich mit fremdsprachigen Patienten konfrontiert zu werden. Daraus resultieren automatisch Kommunikationsschwierigkeiten. Solche Schwierigkeiten äusserten auch die Teilnehmer der Forschungsarbeit von Lazar et al. (2013). Wie in dieser Studie angegeben, ist nicht allein die Sprache problematisch. Als hindernden Faktor wird explizit die Patientenautonomie erwähnt. Ein möglicher Grund dafür könnte die Angst vor einem Ausschluss aus der Gemeinschaft sein (Mama Afrika, 2009).

Damit die Prinzipien der Ethik aber trotzdem erfüllt werden können, sollte vorerst jeder Patientin, falls notwendig, einen Dolmetscher zur Verfügung gestellt werden. Durch eine korrekte Übersetzung kann das Problem der Sprachbarriere und der Interpretation weitgehend gelöst werden.

Anhand von drei Studien (Kessler & Tanner, 2003; Thierfelder et al., 2005 und Zenner et al., 2013) wird erkannt, dass die meisten des medizinischen Personals ihre Patientinnen nicht auf FGM ansprechen. Dies ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass das Thema ein Tabuthema ist. Das Risiko zur Stigmatisierung ist in der Pflege immer vorhanden. Es könnte sein, dass das Personal dieses Risiko nicht eingehen will und deshalb ihre Patientinnen gar nicht darauf anspricht (Käppeli, 2000). Im Konzept der transkulturellen Kompetenz wird die Selbstreflexion als wichtiger Faktor beschrieben, dass keine solche Stigmatisierung entstehen kann (Kammerhofer, 2009).

Frauen aus Somalia haben grundsätzlich kein Problem, auf FGM angesprochen zu werden. Jedoch Frauen aus Eritrea wollen lieber nicht darauf angesprochen werden (Kessler & Tanner, 2003). Diese Problematik der Kommunikation kann auf die kulturelle Verschiedenheit dieser Länder zurückzuführen sein.

Die Kommunikation nimmt in der Pflege eine grosse Bedeutung ein. Sie ist die Basis für einen Beziehungsaufbau mit dem Patienten und kann verbal oder auch nonverbal erfolgen (ICN, 2010).

## **5.7 Pflegerischer Umgang**

In der Studie von Kessler und Tanner (2003) äusserten die Betroffenen, die erste Untersuchung sei die Basis für das Vertrauen. Aus dieser Aussage kann abgeleitet werden, dass die erste Reaktion des Pflegepersonals von grosser Bedeutung ist. Damit die Patientinnen kein Gefühl von Scham oder Furcht haben, sollten Reaktionen wie Erstaunen oder sogar Schock vermieden werden (Kessler & Tanner, 2003 und Thierfelder et al., 2005). Anhand der Theorie kann abgeleitet werden, dass solche Reaktionen bereits eine Art der Stigmatisierung sind, sei es willkürlich oder unwillkürlich (Käppeli, 2000). Da die Stigmatisierung in der Pflege ein Tabu sein sollte, sind solche Reaktionen dringend zu unterlassen. Denn durch die Stigmatisierung kann eine inadäquate Behandlung erfolgen (gynécologie suisse, 2005). Dies bejahen Teilnehmerinnen aus der Datenerhebung von Thierfelder et al. (2005). Durch diese Feststellungen kann einen Zusammenhang zum Fachwissen gemacht werden. Wenn mehr Wissen vorhanden ist, kann die Kultur besser verstanden werden und Reaktionen werden somit angepasst. Dadurch könnten auch, wie in der Forschungsarbeit von Nyfeler und Béguin-Stöckli (1994) beschrieben, Unsicherheiten und Angst bezüglich der Betreuung von Patientinnen mit FGM reduziert bzw. eliminiert werden.

## **5.8 Verlauf der Geburt**

Damit die betroffenen Frauen, welche nach dem Typen 3 beschnitten worden sind, normal gebären können, müssen diese defibuliert werden (Terre des Femmes, 2013). In drei Forschungsarbeiten (Wuest et al., 2009; Thierfelder et al., 2005 und Kessler & Tanner, 2003) wird der Wunsch nach einer Defibulation unter grosser Sorgfalt während der Geburt und nicht als traumatisches Erlebnis während der Schwangerschaft beschrieben. Eine Defibulation ist oft mit starken Schmerzen verbunden. Daher ist es angebracht, dass diese unter grösster Sorgfalt durchgeführt wird. Während der Geburt werden die Schmerzen durch die Ausschüttung der Endorphine als weniger stark empfunden. Dies könnte eine Erklärung sein, warum die Frauen eine Defibulation während der Geburt bevorzugen oder sie möchten nicht mit der Heilungsphase der Defibulation während der Schwangerschaft belastet werden. Weiter lässt sich dieses Phänomen gut mit dem theoretischen Blickwinkel von Mama Afrika (2009) in Verbindung setzen.

Es wird beschrieben, dass der Eingriff der Beschneidung für viele Betroffene als traumatisierend erlebt wurde. Eine bevorstehende Defibulation assoziieren diese Frauen vielleicht mit diesem Eingriff, welcher meist unter schmerzhaften Bedingungen durchgeführt wurde. Durch dieses Trauma könnte das Vertrauen zu ihren engsten Verwandten grösstenteils verloren gegangen sein. Die Pflege nimmt hier also eine besondere Rolle ein. Diese Frauen müssen beruhigt, informiert, evtl. anhand von Illustrationen aufgeklärt und respektvoll unterstützt werden. Die Vertrauensbeziehung zwischen beschnittenen Patientinnen und dem Pflegepersonal ist hier von grosser Relevanz.

Nicht selten wünschten sich die Betroffenen nach einer Geburt eine Reinfibulation (Wuest et al., 2009; Kessler & Tanner, 2003 und Hohlfeld, 2001). FGM ist laut UNICEF (2013) in der Schweiz verboten, daher konnten diese Frauen eine Reinfibulation in der Schweiz wahrscheinlich nicht durchführen lassen. Nun stellt sich die Frage, ob diese Frauen für die Reinfibulation in ihr Heimatland zurückkehren oder ob sie sich mit dem Schweizerischen Strafgesetz abfinden.

Postpartum sind Frauen mit FGM, in Bezug auf die Geburt, mit mehr Komplikationen verbunden als nicht beschnittene Frauen. Dies belegen die Publikationen von Surbek und Kuhn (2009) und WHO study group (2006). Für die Pflege ist es von Bedeutung die entsprechenden Folgen zu kennen. Dadurch kann das Wissen an die Betroffenen weiter gegeben werden und allfälligen Folgen kann evtl. vorgebeugt werden. Erst dadurch ist eine gewährleistete Pflege möglich. Die Forschungsarbeit der WHO study group (2006) hat anhand der Bewertung von LoBiondo-Wood (2005) 85% erreicht. Kritik erhielt sie darin, dass die Ziele der Studie nicht klar und übersichtlich angegeben wurden und dass die Datensammlung nicht genauer beschrieben wurde. Die Untersuchung weist aufgrund der hohen Stichprobenzahl (n=28'393) jedoch eine hohe Repräsentativität auf und kann stark gewichtet werden.

Laut der Untersuchung von Lazar et al. (2013) kam es vor, dass beschnittene Patientinnen einen Kaiserschnitt verweigerten und dies dann zum fötalen Tode führte. Diese Tatsache ist wahrscheinlich auf kulturelle Hintergründe zurückzuführen. Daher sollten die Frauen in erster Linie durch das medizinische Personal kompetent beraten und informiert werden.

In der Untersuchung wird auch beschrieben, dass das befragte medizinische Personal aufgrund des Wissens über einen möglichen Tod des Fötus, Schwierigkeiten hatte, diese Wünsche zu akzeptieren. In einer solchen Situation wird man unweigerlich mit ethischen Prinzipien konfrontiert. Einerseits soll die Autonomie berücksichtigt werden und andererseits sollte das Prinzip des Nicht-Schadens bzw. Prinzip des Guten-Tuns in Betracht gezogen werden. Dadurch können Pflegepersonen in ein ethisches Dilemma geraten (Beauchamp & Childress, 2001).

## **6 Schlussfolgerung**

Im folgenden Kapitel wird zuerst die Fragestellung der vorliegenden Literaturübersicht beantwortet. Anschliessend folgt die Relevanz der Thematik für die Pflegepraxis, die Perspektiven für die Pflegeforschung und die Stärken und Schwächen der Arbeit. Abgeschlossen wird mit dem Lernprozess.

### **6.1 Beantwortung der Fragestellung**

In diesem Unterkapitel wird auf die zu Beginn aufgezeigte Fragestellung "Welche Unterstützung können Pflegende beschnittenen Frauen postpartum anbieten?" eingegangen.

Frauen mit FGM stammen hauptsächlich aus afrikanischen Ländern und haben daher einen anderen kulturellen Hintergrund als einheimische Frauen. Aus diesem Grund stellt die Pflege solcher Patientinnen postpartum verschiedene Herausforderungen dar. Dazu kommt, dass sich Frauen allgemein nach einer Geburt, in einem Zustand voller Emotionen befinden. Somit ist das Aufbauen einer professionellen Beziehung, welche Voraussetzung für ein Vertrauensverhältnis zwischen Pflegenden und Patienten bildet, die Basis, damit eine optimale Unterstützung angeboten werden kann. Um eine solche Vertrauensbeziehung aufbauen zu können, muss das Pflegepersonal das Fachwissen in Bezug auf FGM aufweisen können. Dadurch werden Reaktionen des Pflegepersonals, welche Erstaunen oder sogar einen Schock zum Ausdruck bringen, vermieden und eine empathische Betreuung kann in den Vordergrund treten.

Um eine befriedigende Kommunikation zwischen Pflegenden und den beschnittenen Patientinnen zu gewährleisten, sollte bei Spitaleintritt den Betroffenen falls nötig, einen Dolmetscher zur Verfügung gestellt werden. Sobald die Sprachbarriere überwunden ist, kann ein Patientengespräch durch direktes ansprechen auf FGM stattfinden. Die Pflegeperson soll sich für dieses Gespräch, falls möglich, genügend Zeit nehmen. Es ist wichtig, dass die Patientinnen eine angemessene Informationsvermittlung hinsichtlich des Spitalaufenthaltes und des Verlaufs der Geburt erhalten. Dabei werden die Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen beachtet. Als Hilfestellung können die Prinzipien der Ethik und das Konzept transkultureller Kompetenz dienen.

Diese Informationsvermittlung sollte u.a. die Aufklärung bezüglich der normalen Anatomie der weiblichen Genitalien, sowie die Information, dass FGM eine menschenrechtsverletzende Massnahme ist, beinhalten. Hiermit kann die schweizerische Rechtsgrundlage aufgezeigt werden und es können Ansätze zur Prävention von FGM in die Wege geleitet werden. Dies sollte vor allem beachtet werden, wenn das Neugeborene ein Mädchen ist, damit dieses nicht die gleiche Peinigung durchleben muss, wie seine Mutter. Die weitere Abgabe von Informationen liegt in den postpartum Massnahmen. Die Patientinnen sollten über die positive Auswirkung des Beckenbodentrainings informiert und instruiert werden. Insbesondere ist den Betroffenen zu erklären, dass die Reinfibulation in der Schweiz verboten ist und es nicht zu empfehlen ist, diese im Heimatland durchführen zu lassen, da dies als strafbare Handlung gilt.

Die genannten Informationen können nach dem Patientengespräch auch schriftlich in der entsprechenden Sprache anhand von Broschüren oder Anschauungsmaterial abgegeben werden. Ob die Angehörigen bei solchen Gesprächen dabei sind, sollte situationsbedingt entschieden werden. Zur Unterstützung kann es von Vorteil sein. Es ist aber in solchen Kulturen nicht selten der Fall, dass die Patientinnen durch ihre Angehörigen beeinflusst werden oder ihnen die Entscheidungsfreiheit genommen wird.

FGM ist eine intime und persönliche Angelegenheit, daher wird empfohlen, dass die Pflege dieser Patientinnen durch eine Frau durchgeführt wird, diese sollte auch die Ansprechperson für die Betroffenen sein.

## **6.2 Relevanz für die Pflegepraxis**

Aufgrund der heutigen Migration leben viele Frauen in der Schweiz, welche aus Ländern stammen, in denen das grausame Ritual von FGM praktiziert wird. Dass diese Frauen in Schweizer Spitälern Kinder zur Welt bringen ist absehbar. Viele Pflegenden haben wenig Erfahrung in der Betreuung von Patientinnen mit FGM postpartum und die Thematik wird selten in die Curricula der Ausbildungen integriert. Des Weiteren sind selten bis nie Standards oder Protokolle der Spitäler in Bezug auf dieses Thema vorhanden, somit besteht eine grosse Wissenslücke bei den Pflegenden. Daher ist es von Bedeutung an diesen Punkten anzusetzen. Erst wenn das Personal über die Hintergründe informiert ist, kann eine optimale Unterstützung angeboten werden.



Diese Informationsabgabe an das Personal könnte auch mittels Aus- und Weiterbildungen erfolgen. Mit Hilfe solcher Ausbildungen kann das Pflegepersonal der grossen Herausforderung der Betreuung von beschnittenen Patientinnen mit allen erforderlichen Kompetenzen gerecht werden. Die Informationsabgabe an das Pflegepersonal sollte folgende Punkte beinhalten:

- Begriffserklärungen
- Geographie
- Geschichte/Hintergründe
- Folgen
- Rechtsgrundlage in der Schweiz
- Kulturelle Pflege
- Ethik in der Pflege

Alle Patienten sollen gleich behandelt werden, dies kann nur umgesetzt werden, wenn das Personal entsprechend informiert und geschult wird.

Weiter kann anhand von Fallbesprechungen betreffend der Pflege solcher Frauen, über Wissen und Erfahrungen ausgetauscht werden. Dabei könnten Spitäler auch einen Infoabend organisieren und Betroffene einladen, damit diese von ihren Erfahrungen berichten.

Damit sich die betroffenen Frauen besser integriert und unterstützt fühlen, sollten sie durch das Pflegepersonal dazu animiert werden, Sprachkurse zu besuchen.

Institutionen könnten Selbsthilfegruppen für betroffene Frauen organisieren. Diese könnten nach Spitalaustritt durch das Pflegepersonal den Frauen empfohlen werden, dadurch werden die Betroffenen auch nach Entlassung weiter unterstützt.

### **6.3 Perspektiven für die Pflegeforschung**

Durch die Literaturrecherche konnten viele Forschungsartikel zum Thema FGM gefunden werden. Sobald aber spezifisch nach Pflegeinterventionen postpartum bei Frauen mit FGM in der Schweiz gesucht wurde, gab es nur noch wenige zutreffende Forschungsartikel und bei diesen war das Design oft noch nicht völlig ausgeschöpft. Daher sollten mehr solche Untersuchungen in der Schweiz mit einer hohen Stichprobenzahl durchgeführt werden.

Diese zusätzlichen Forschungsergebnisse können einen Beitrag dazu leisten, dass in den Institutionen zunehmend Protokolle und Standards betreffend die Pflege von beschnittenen Frauen entstehen und evtl. auch Weiterbildungen für das Pflegepersonal angeboten werden können.

#### **6.4 Stärken und Schwächen der Arbeit**

Die Ziele und Absichten der vorliegenden Literaturübersicht konnten mit Hilfe des theoretischen Rahmens und der integrierten Studien erreicht werden. Folgend wurde die in Punkt 1.2 erwähnte Fragestellung beantwortet. Es hat sich jedoch als grosse Herausforderung gezeigt, genügend wissenschaftliche Studien zum vorliegenden Thema zu finden. Über FGM im Allgemeinen ist der Forschungsstand hoch, sobald aber spezifisch nach pflegerischer Unterstützung postpartum bei beschnittenen Patientinnen gesucht wird, beschränkt sich diese Zahl um ein Vielfaches. Bei passenden Studien kommt dazu, dass die Qualität bezüglich des Designs noch nicht vollständig ausgearbeitet ist, dadurch stammt ein Teil der integrierten Studien aus eher tieferen Evidenzstufen.

Da sich die Fragestellung aufgrund der Anzahl Migrantinnen und der pflegerischen Unterstützung auf qualitative, wie aber auch auf quantitative Studien bezieht, wurden beide Designs in die Arbeit integriert, dies hat jedoch keinen Einfluss auf die Relevanz der Ergebnisse.

An der vorliegenden Arbeit ist zu kritisieren, dass in einigen Studien die Stichprobenzahl eher gering ausgefallen war, deshalb ist die Repräsentativität nicht zu 100% gewährleistet. Abgesehen von einer Studie konnte das Kriterium, dass nur Studien, welche nicht älter als 15 Jahre alt sind, beachtet werden. Eine weitere Schwäche liegt darin, dass einige Ergebnisse anhand von allgemeinem medizinischen Personal evaluiert wurden, diese wurden aber aufgrund ihrer Übertragbarkeit auf die Pflege trotzdem integriert. Es wurde zu wenig Forschungsmaterial in Bezug auf die Schweiz gefunden, deshalb wurde die Suche auf westliche Industrieländer erweitert. Da Migrantinnen auch in anderen Ländern einen kulturellen Hintergrund besitzen und die westlichen Länder in Bezug auf die Medizin mit der Schweiz vergleichbar sind, wurden diese Ergebnisse übertragen.

Anhand dieser Arbeit konnten Massnahmen aufgezeigt werden, um beschnittenen Frauen eine optimale Unterstützung postpartum anzubieten, diese können als Empfehlung für die Praxis gelten.

Diese Literaturübersicht könnte auch sonstige Mängel aufzeigen. Zum einen sind viele der integrierten Studien in Englisch publiziert worden, es könnten daher Übersetzungs- und Interpretationsfehler vorhanden sein. Des Weiteren könnten solche Mängel auf Wissensdefizite der Autorinnen zurückzuführen sein, somit kann nicht sichergestellt werden, dass alle relevanten Studien gefunden wurden. Die Arbeit wurde durch zwei Autorinnen verfasst, somit konnte verschiedenes Wissen, Meinungen und Inputs eingebracht werden.

## **6.5 Lernprozess**

### **6.5.1 Lernprozess in Bezug auf die Thematik**

In der Ausbildung zur diplomierten Pflegefachfrau wurde die Thematik der transkulturellen Pflege intensiv bearbeitet. Somit hatten die Autorinnen in diesem Bereich, bereits vor dem Beginn der Arbeit, ein grosses Fachwissen. Dieses konnte auch in den Praktika umgesetzt werden. Jedoch wurde im Curriculum der Ausbildung nicht spezifisch auf FGM eingegangen. Dies weckte bei den Autorinnen das Interesse und sie haben entschieden dieses Thema genauer zu untersuchen. Anhand der Bearbeitung der Literatur konnte das Wissen vertieft werden und neue Erkenntnisse erworben werden. Zu Beginn der Arbeit war den Autorinnen nicht bewusst, welche Unterstützung beschnittenen Frauen postpartum angeboten werden kann oder wie man sich ihnen gegenüber verhalten soll. Dieses Unwissen konnte durch die Analysen der Studien behoben werden. Diese Literaturübersicht bietet die Möglichkeit die erwähnten Interventionen zur Optimierung der Pflege von Patientinnen mit FGM in die Praxis umzusetzen. Somit kann sie als Leitfaden für die Pflege dienen.

### **6.5.2 Lernprozess in Bezug auf das methodische Vorgehen**

Das theoretische Wissen bezüglich der Forschung wurde in der Ausbildung zur diplomierten Pflegefachfrau umfassend behandelt. Anhand des Schreibens dieser Arbeit konnte dieses Wissen umgesetzt werden. Das Recherchieren auf den Datenbanken stellte sich als grosse Herausforderung heraus.

Nach mehreren Anläufen und mit gegenseitiger Unterstützung konnte dieses aber mit der Zeit verbessert werden. Das Zusammenfassen und besonders das Beurteilen der einzelnen Studien waren aufgrund dessen, dass viele Studien in einer Fremdsprache publiziert wurden und aufgrund mangelnder Erfahrungen seitens der Autorinnen, sehr zeitaufwändig. Nach dem Bearbeiten von mehreren Studien konnten aber erhebliche Fortschritte beobachtet werden. Die Einteilung der Unterkapitel der Ergebnisse erwies sich als weitere Hürde. Die Autorinnen haben gemeinsam über sinnvolle Unterkapitel diskutiert und konnten die Ergebnisse schliesslich doch noch einteilen.

Trotz all der hindernden Faktoren wird das Verfassen der Arbeit von den Autorinnen als positiv gewertet. Es war interessant, den Verlauf der Fortschritte wahrzunehmen. Das Bearbeiten von Forschungsartikeln konnte optimiert werden und wird nun von den Autorinnen als wichtigen Teil der Pflege anerkannt. Da die Arbeit durch zwei Autorinnen verfasst wurde, konnten sie sich gegenseitig unterstützen und motivieren, so dass eine Arbeit anhand von Teamwork entstanden ist.

## 7 Literaturverzeichnis

### Bücher

Beauchamp, T. & Childress, J. (2001). *PRINCIPLES OF BIOMEDICAL ETHICS FIFTH EDITION*. Oxford: Oxford University.

Behrens, J. & Langer, G. (2010). *Evidence-based Nursing and Caring*. Bern: Huber.

Käppeli, S. (2000). *Pflegekonzepte*. Bern: Huber.

LoBiondo-Wood, G. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung* (2. Aufl.) München: Urban & Fischer.

Mayer, H. (2007). *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung*. (2.akt. Aufl). Wien: Facultas.

### Zeitschriftenartikel

DBfK. (2008). Genitalverstümmelung an Mädchen und Frauen-Hintergründe und Hilfestellung für professionell Pflegende. *Stark für die Pflege*, 2008, 6-30.

Hohlfeld, P. (2001). Mädchenbeschneidung in der Schweiz. *MÄDCHENBESCHNEIDUNG-AUCH IN DER SCHWEIZ*, 2001, 21-22.

Kammerhofer, J. (2009). Transkulturelle Kompetenz. *Im Einklang zur Spitze*, 2009, 12-39.

Kölbl, B. und Prof. Dr. Schlögel, R. (2006). Genitalverstümmelung in Österreich-eine Umfrage unter niedergelassenen Gynäkolog/inn/en und Kinderärzt/inn/en sowie unter Krankenanstalten. *BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND FRAUEN bmgf*, 2006, 7-56.

Schoeffel, V. & Gariazzo-Dessiex, F. (2011). Interkulturelle Kompetenz in der internationalen Zusammenarbeit. *cinfo*, 2011, 4-11.

Thierfelder, C., Tanner, M. & Kessler-Bodiang, C. (2005). Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *European Journal of Public Health*, 2005 (15), 86-90.

WHO study group. (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *The Lancet*, 2006 (367), 1835-1841.

### **Diplom-/Lizentiatsarbeiten**

Afrikanische Frauenorganisation in Wien. (2000). *Die Anwendung der FEMALE GENITAL MUTILATION (FGM) bei MigrantInnen in Österreich*. Studie zu Weiblicher Genitalverstümmelung in Österreich.

Croasdell, B. (2010). *Female Genital Mutilation: A Clinical Perspective of Nursing Care in the United States*. Paper Research, DePaul University. Chicago.

Gruber, F., Kulik, K. & Binder, U. (2005). *Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung FGM (=Female Genital Mutilation)*. Studie, Brüssel.

Kessler, C. & Tanner, M. (2003). *Female Genital Mutilation and the Swiss Health Care System*. Doktorarbeit, Universität Basel, Medizinische Fakultät.

Schinnerl, N. (2011). *Das Konzept Interkultureller Kompetenz in der Pflege*. Diplomarbeit, Universität Wien, Pflegewissenschaft.

UNICEF Schweiz. (2004). *Mädchenbeschneidung in der Schweiz. Umfrage bei schweizer Hebammen, Gynäkologen, Pädiatern und Sozialstellen*. Umfrage.

Wuest, S., Raio, L., Wyssmueller, D., Mueller, M.D., Stadlmayr, W., Surbek, D.V. & Kuhn, A. (2009). *Effects of female genital mutilation on birth outcomes in Switzerland*. Paper Research, Universität Bern.

## **Berichte, Unterrichtsunterlagen, Kopien**

gynécologie suisse. (2005). *Patienten mit genitaler Beschneidung: Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegekräfte*. Guideline.

Kunz, S. (2012). *Wissenschaftliches Arbeiten*. Unterrichtsunterlagen Modul 15. Freiburg: Hochschule für Gesundheit.

Nyfeler, D. & Bégiun-Stöckli, D. (1994). *Genitale Verstümmelung Afrikanische Migrantinnen in der schweizerischen Gesundheitsversorgung*. Arbeitsblätter. Universität Bern: Institut für Ethnologie.

Stiller, B. (2006). *Weibliche Genitalverstümmelung: Was Weiss die Medizin?* Pressekonferenz. Wien.

UNICEF Schweiz. (2001). *Schlussbericht zur Tagung über Mädchenbeschneidung*. Schlussbericht. Bern.

UNICEF Schweiz. (2005). *Schlussbericht zur UNICEF-Tagung*. Schlussbericht. Zürich.

UNICEF Schweiz. (2004). *Weibliche Genitalverstümmelung in der Schweiz*. Rechtsgutachten.

## **Websites**

ICN. (2013). *International Council of Nurses*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.icn.ch/%20definition.htm> [Zugriff am 03.06.2014].

Intercultures. (2006). *Intercultural Development Inventory*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.intercultures.de/deutsch/service/29/2905.php> [Zugriff am 19.03.2013].

Kaplan-Marcusan, A., Toran-Monserrat, P., Moreno-Navarro, J., Fabregas, J. & Munoz-Ortiz, L. (2009). *Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/11> [Zugriff am 04.11.2013].

Lazar, K., Johnson-Agbakwu, C., Davis, O. & Shipp, M. (2013). *Providers' Perceptions of Challenges in Obstetrical Care for Somali Women*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.hindawi.com/journals/ogi/2013/149640/> [Zugriff am 04.10.2013].

LEO. (2013). *Wörterbuch*. [Website]. Verfügbar unter: [dict.leo.org](http://dict.leo.org) [Zugriff am 11.03.2013].

Mama Afrika. (n.d.). *GEGEN WEIBLICHE GENITALVERSTÜMMELUNG*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.mama-afrika.org/de/genitalverstuemmung/folgen-der-fgm> [Zugriff am 10.03.2013].

Mayer, P. (2009). *Richtlinien zum Erstellen einer Literaturübersicht*. [Website]. Verfügbar unter: [http://ueberfachliche-kompetenzen.ethz.ch/proar/docs/Anleitungen/Leitfaden\\_Literaturuebersicht\\_PMayer.pdf](http://ueberfachliche-kompetenzen.ethz.ch/proar/docs/Anleitungen/Leitfaden_Literaturuebersicht_PMayer.pdf) [Zugriff am 20.03.2013].

Pereda, N., Arch, M. & Pérez-Gonzalez, A. (2012). *A case study perspective on psychological outcomes after female genital mutilation*. [Website]. Verfügbar unter: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/01443615.2012.689893> [Zugriff am 11.08.2013].

Plan Schweiz. (n.d.). *Schutz vor Beschneidung in Mali*. [Website]. Verfügbar unter: <http://plan-schweiz.ch/projekte/mali-beschneidung> [Zugriff am 10.03.2013].

Terre des Femmes. (2013). *Verschiedene Formen von FGM*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.terre-des-femmes.ch/fgm/was-ist-fgm/formen-von-fgm> [Zugriff am 10.03.2013].



UNICEF Schweiz. (2013). *Stopp Mädchenbeschneidung*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.unicef.ch/de/so-helfen-wir/kampagnen/stopp-maedchenbeschneidung> [Zugriff am 29.03.2013].

UNICEF Schweiz. (2013). *10'700 Frauen und Mädchen in der Schweiz von Genitalverstümmelung betroffen schätzt UNICEF*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.unicef.ch/de/medien/medienmitteilungen/10700-frauen-und-maedchen-der-schweiz-von-genitalverstuemmelung-betroffen>. [Zugriff am 18.03.2013].

Zenner, N., Liao, L.-M. & Creighton, S.M. (2013). *Quality of obstetric and midwifery care for pregnant women who have undergone female genital mutilation*. [Website]. Verfügbar unter: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/01443615.2013.767785> [Zugriff am 18.08.2013].

## **8 Abbildungsverzeichnis**

Schinnerl, N. (2011). *Das Konzept Interkultureller Kompetenz in der Pflege*. Diplomarbeit, Universität Wien, Pflegewissenschaft.

## 9 Anhang

### A.) Erwähnte Konzepte (Punkt 2.9) im Detail

#### Die Entwicklung interkultureller Sensibilität von Milton J. Bennett

- Stufe 1; Verleugnung→ Für die Menschen in dieser Stufe existiert das Gegenüber nicht als kulturell komplex und interessant, die eigene Kultur wird als einzig wahre Realität erfahren. Es gibt verschiedene Gründe dafür, z.B. sind keine Erfahrungen im Umgang mit kulturellen Unterschieden vorhanden oder die Entscheidung, interkulturelle Unterschiede zu ignorieren.
- Stufe 2; Abwehr→ In dieser Stufe wird realisiert, dass das Gegenüber in seiner Kultur lebt. Die kulturellen Unterschiede werden deutlich wahrgenommen. Wenn man sich nicht davor schützt, stellt diese Kultur eine potentielle Gefahr für die eigene dar. Die Kultur des Gegenübers wird entweder als unterlegen oder überlegen wahrgenommen. In dieser Stufe wird auch die Stereotypisierung fremder Kulturen intensiv.
- Stufe 3; Minimalisierung→ Die andere Kultur wird in dieser Stufe nicht mehr als Bedrohung erfahren, sondern als ähnlich. Alle Menschen werden gleich wahrgenommen und die Unterschiede sind nur geringfügig. Die Elemente der Kulturen werden zunehmend als universal betrachtet.
- Stufe 4; Akzeptanz→ In dieser Stufe steigen das Interesse an anderen Kulturen und der Wunsch zu verstehen, wie diese funktionieren. Respekt gegenüber fremden Kulturen wird aufgebaut und es wird deutlicher wahrgenommen, dass die eigene Kultur nicht das Zentrum der Welt ist.
- Stufe 5; Anpassung→ In dieser Stufe steigt das Bedürfnis das Gelernte umzusetzen und in angemessener Weise zu interagieren. Das Wissen wird angewendet und die interkulturelle Kompetenz erweitert sich. Die Möglichkeit besteht, die Welt aus dem Blickwinkel fremder Kulturen zu betrachten.
- Stufe 6; Integration→ In dieser Stufe werden nach und nach Elemente verschiedener Kulturen integriert, somit entwickelt sich eine multikulturelle Identität. Es werden verschiedene kulturelle Perspektiven wahrgenommen und Situationen werden aus diversen Gesichtspunkten betrachtet (Schoeffel & Gariazzo-Dessiex, 2011).

## **Das Konzept transkultureller Kompetenz von Dagmar Domenig**

### **Selbstreflexion**

Jedes Individuum wird in eine spezifische Lebenswelt hineingeboren. Dies ist die Grundlage für Gedankengänge und das Handeln. Diese Lebensgrundlage wird als normal und üblich angesehen. Alle Migranten haben aus ihren Lebenswelten eigene Erfahrungen und Kenntnisse, welche jede geistige oder physische Aktion, beeinflussen. Durch die mangelnde Selbstreflexion kommt es beim Versuch der Bewältigung eines Problems zur Inkongruenz. Folgen sind kognitive und emotionale Spannungen. Transkulturell kompetent handeln bedeutet, konstruktiv mit diesen Folgen zuarbeiten und die Perspektive des anderen einzunehmen. Voraussetzung hierfür ist die möglichst wertefreie Hinterfragung und Bewusstmachung beider Lebenswelten, des Bewussten und des Unbewussten. Falls eine solche Selbstreflexion nicht stattfindet, wird das Verhältnis zwischen Pflegeperson und Patient mit grosser Wahrscheinlichkeit durch Stereotypisierung und inadäquater Betreuung gestört sein (Kammerhofer, 2009).

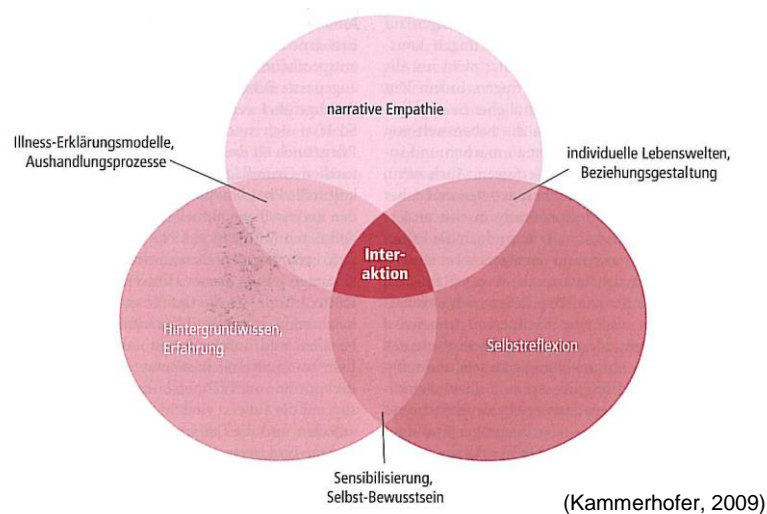
### **Hintergrundwissen und Erfahrung**

Neben der Selbstreflexion unterstützen das Hintergrundwissen und die transkulturellen Erfahrungen das Verstehen von Migranten. Gesammelt wird das Hintergrundwissen über die kognitive Ebene und die konkrete Erfahrungsebene. Die Entschlossenheit dies zu zulassen, ist dabei entscheidend. Die Pflege und Betreuung von Migranten ist keine zusätzliche Belastung sondern eine Bereicherung (Kammerhofer, 2009).

### **Narrative Empathie**

Im transkulturellen Kontext bedeutet die Empathie die Zuwendung zum Patienten ausgehend von Interesse, Neugierde und Engagement. Die narrative Empathie dient dazu, den Patienten zu ermutigen, seine Situation zu verstehen, durch diese Informationen kann die richtige Pflege und Betreuung initiiert werden. Dies geschieht auf der Grundlage der Narration. Der Patient erzählt von sich selbst, die Pflegeperson bringt sich durch Selbstpräsentation, Zustimmungserkundungen und passenden Fragen aktiv in das Gespräch mit ein. Um

einen Erfolg dieser Technik zu erzielen, sind Aufmerksamkeit, Aufgeschlossenheit und Offenheit bedeutend (Kammerhofer, 2009).



## Prinzipien der Pflegeethik

### Prinzip der Autonomie

Durch das Autonomieprinzip hat jede Person Entscheidungsfreiheit und das Recht auf die Förderung der Entscheidungsfähigkeit. Vor jeder diagnostischen und therapeutischen Massnahme beinhaltet es die Einholung des informierten Einverständnisses und die Berücksichtigung der Wünsche, Ziele und Wertvorstellungen des Patienten.

### Prinzip des Nicht-Schadens

Dieses Prinzip fördert, schädliche Eingriffe zu unterlassen. Dies bedeutet, dem Patienten darf in körperlicher, seelischer und geistiger Unversehrtheit nicht geschädigt werden.

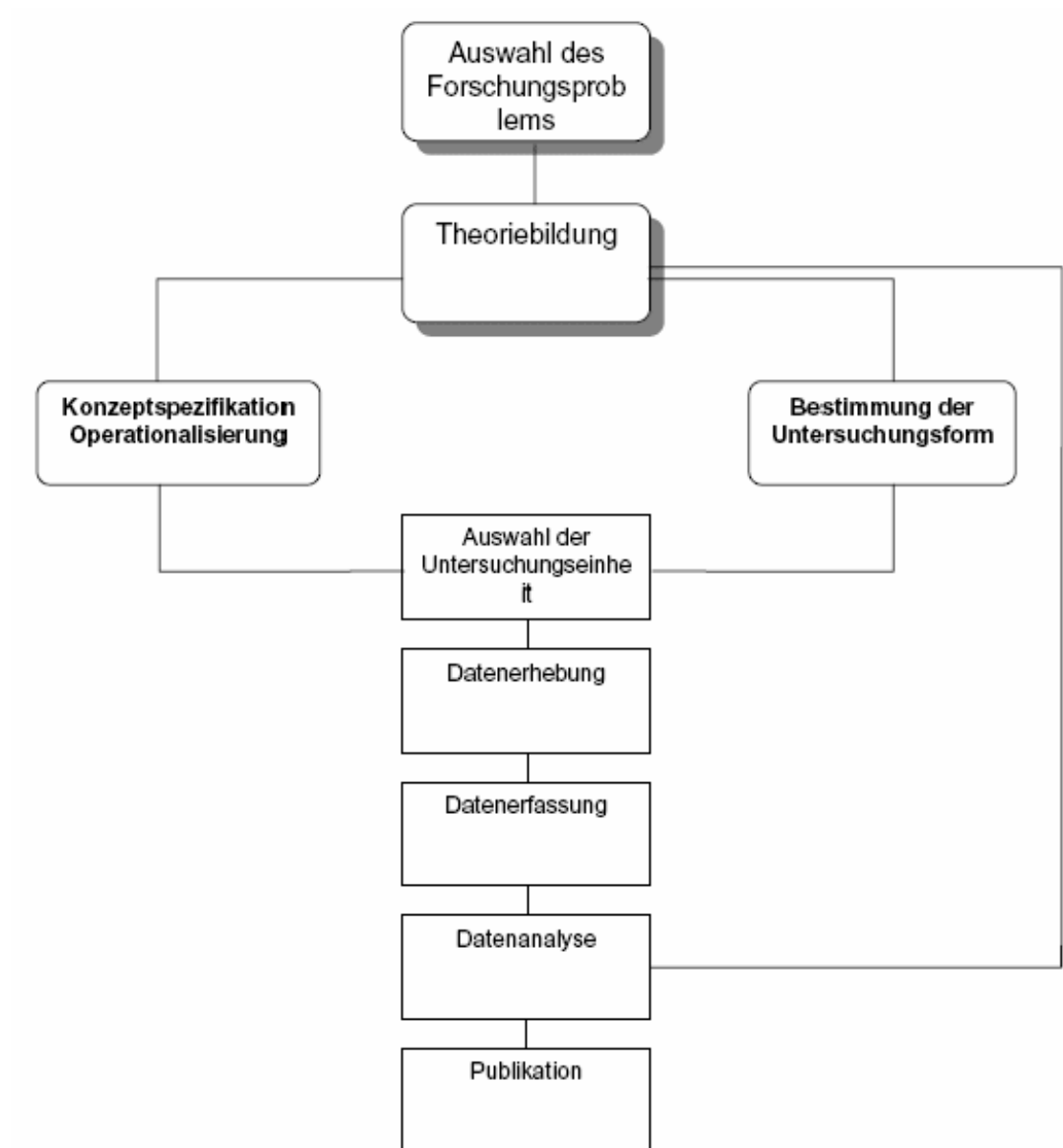
### Prinzip des Guten-Tuns

Es verpflichtet die Pflegeperson zu aktivem Handeln, so dass das Wohl des Patienten gefördert wird.

### Prinzip der Gerechtigkeit

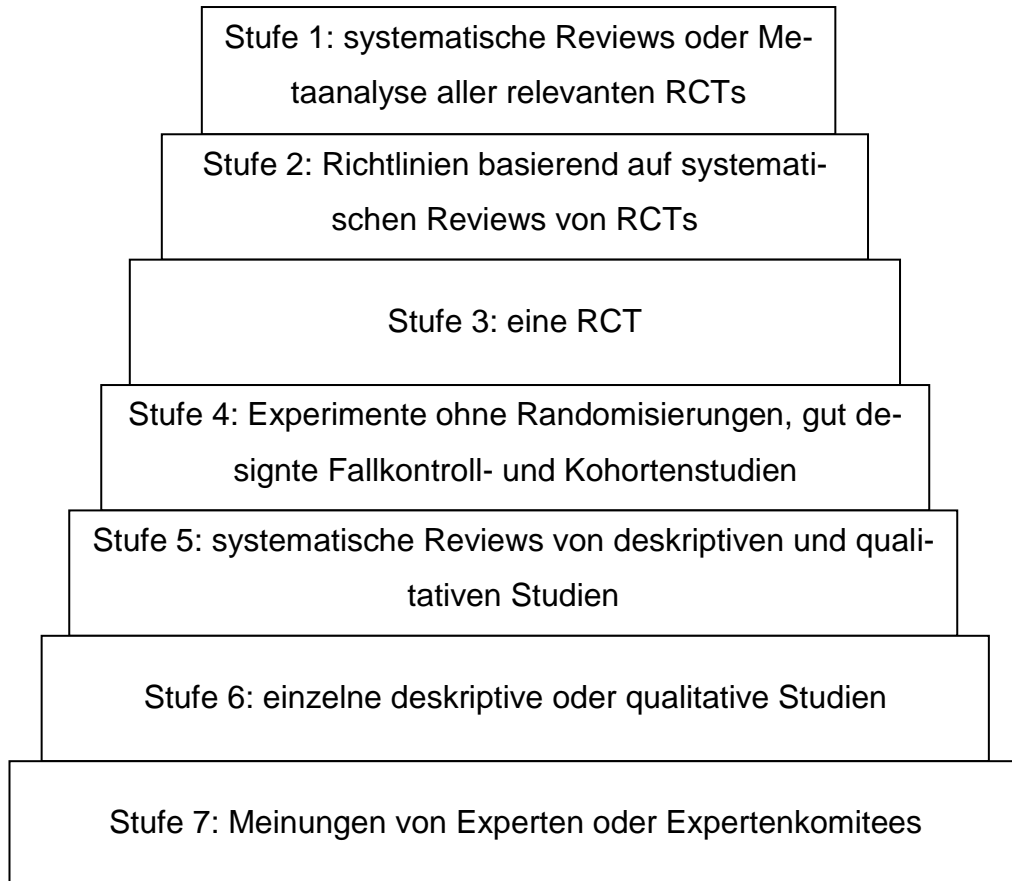
Dieses Prinzip fordert eine faire Verteilung von Gesundheitsleistungen. Also gleiche Fälle z.B. zwei Patienten mit derselben Krankheit, sollten gleich behandelt werden (Beauchamp & Childress, 2001).

## B.) Der Forschungsprozess nach Mayer



(Mayer, 2007)

### C.) Hierarchie der Forschungsevidenz



(Fienout-Overholt, Mazurek & Schulz, 2005, zitiert nach Mayer, 2007, S. 333)

## D.) Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Forschungen

Artikel:

<b>Darstellung des Problems und des Ziels</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie</li> <li>2. Wird in der Darstellung des Problems oder des Ziels eine Beziehung zwischen zwei oder mehr Variablen zum Ausdruck gebracht (z.B. zwischen einer unabhängigen und einer abhängigen Variablen)? Wenn ja, welcher Art ist/sind die Beziehung/en? Sind sie überprüfbar?</li> <li>3. Werden in der Darstellung des Problems und/oder des Ziels nähere Angaben über die Art der zu untersuchenden Population gemacht? Um welche Population handelt es sich?</li> <li>4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers?</li> </ol>	
<b>Literatur-Recherche und theoretischer Bezugsrahmen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Um welche Konzepte geht es in der Literaturüberprüfung? Ganz besonders zu beachten sind die Konzepte der unabhängigen Variablen und abhängigen Variablen und ihre konzeptuellen Definitionen.</li> <li>2. Werden in der Literaturüberprüfung die Beziehungen zwischen den Variablen explizit zum Ausdruck gebracht oder wird ein Zusammenhang zwischen Variablen und dem theoretischen/ konzeptuellen Bezugsrahmen hergestellt? Wie sehen die Beziehungen/ Zusammenhänge aus?</li> <li>3. Welche Lücken oder Widersprüche werden in den vorhandenen Erkenntnissen über das Problem festgestellt? Wie soll die Studie diese Lücken schliessen bzw. die Widersprüche auflösen?</li> <li>4. Handelt es sich bei den Literaturhinweisen in erster Linie um primäre oder sekundäre Quellen? Geben Sie ein Beispiel für beides an.</li> <li>5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der abhängigen Variablen? Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter?</li> </ol>	
<b>Hypothese(n) oder Forschungs-Frage(n)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert?</li> <li>2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie?</li> <li>3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage?</li> <li>4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen?</li> <li>5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese?</li> <li>6. Sind die Hypothesen überprüfbar?</li> </ol>	
<b>Stichprobe</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt?</li> <li>2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet?</li> <li>3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der</li> </ol>	

	<p>Studie beschrieben ist?</p> <p>4. Ist die Grösse der Stichprobe angemessen? Wie wird sie begründet?</p> <p>5. Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Wo liegen die Grenzen der Verallgemeinerung?</p>	
<b>Forschungsdesign</b>	<p>1. Welches Design wird in der Studie verwendet?</p> <p>2. Wie wird das Design begründet?</p> <p>3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problemdarstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüberprüfung und Hypothese auf?</p>	
<b>Interne Validität</b>	<p>1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie.</p> <p>2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen?</p>	
<b>Externe Validität</b>	Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung?	
<b>Methoden</b>	<p>1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt?</p> <p>2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungsteilnehmer gleich?</p>	
<b>Rechtlich-ethische Probleme</b>	<p>1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt?</p> <p>2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde?</p>	
<b>Instrumente</b>	<p>1. Physiologische Messungen</p> <p>a) Wird erklärt, weshalb ein bestimmtes Instrument / Verfahren ausgewählt wurde?</p> <p>b) Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um die Genauigkeit des Instruments sicherzustellen?</p> <p>2. Beobachtungsmethoden</p> <p>a) Wer führte die Beobachtungen durch?</p> <p>b) Wie wurden die Beobachter geschult, um Verfälschungen auszuschliessen?</p> <p>c) Gab es Richtlinien für die Beobachtungen?</p> <p>d) Mussten die Beobachter Folgerungen aus ihren Beobachtungen ableiten?</p> <p>e) Gibt es Grund zur Annahme, dass die Anwesenheit der Beobachter das Verhalten der Untersuchungsteilnehmer beeinflusst hat?</p> <p>3. Interviews</p> <p>a) Wer waren die Interviewer? Wie wurden sie geschult, um Verfälschungen auszuschliessen?</p> <p>b) Gibt es Anzeichen für Verfälschungen durch Interviewer? Wenn ja, welche?</p> <p>4. Fragebögen</p> <p>a) Welchem Typ ist der Fragebogen zuzuordnen und wie ist er gestaltet (z.B. Likertskala, offene Fragen)? Stimmt er/ stimmen sie mit der konzeptuellen Definition überein?</p> <p>5. Verfügbare Daten und Aufzeichnungen</p> <p>a) Werden die verwendeten Aufzeichnungen dem zu erforschenden Problem gerecht?</p> <p>b) Werden diese Daten zur Beschreibung der Stichprobe</p>	



	oder zur Überprüfung der Hypothese verwendet?	
<b>Reliabilität und Validität</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben?</li> <li>2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel?</li> <li>3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben?</li> <li>4. Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb?</li> </ol>	
<b>Datenanalyse</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariablen gewählt?</li> <li>2. Welche deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden werden angegeben?</li> <li>3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable?</li> <li>4. Sind die schliessenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend?</li> <li>5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanzniveau an? Wenn ja, welches?</li> <li>6. Wenn Tabellen zu grafische Darstellungen benutzt werden, entsprechen sie den folgenden Kriterien? <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Sie sind eine Ergänzung zum Text und helfen, ihn sinnvoll zu gestalten.</li> <li>b) Die dazugehörigen Titel und Überschriften sind präzise formuliert.</li> <li>c) Im Text findet keine blosser Wiederholung der Tabellen statt.</li> </ol> </li> </ol>	
<b>Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?</li> <li>2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert?</li> <li>3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe?</li> <li>4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein?</li> <li>5. Welche Verallgemeinerungen gibt es?</li> <li>6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus?</li> <li>7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert?</li> </ol>	
<b>Anwendung und Verwertung in der Praxis</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben?</li> <li>2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen?</li> <li>3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden?</li> <li>4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt?</li> <li>5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar?</li> <li>6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden?</li> </ol>	

	7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?	
--	--	--

(LoBiondo-Wood, 2005)

## E.) Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

### Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: .....

Forschungsfrage: .....

#### Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? *Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?*

2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? *z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie*

3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? *Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?*

4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? *Wie erfolgte die Auswahl?*

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? *Auch die Perspektive des Forscher?*

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? *Methode der Datensammlung?*

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? *Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik*

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? *Wenn nein: warum nicht?*

#### Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? *Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?*

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? *Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?*

#### Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

<http://www.medicin.uni-halle.de/index.php?id=572>

V 1.1

aus: Behrens, J., & Langer, G. (2010): Evidence-based Nursing and Caring. Hans Huber: Bern.

(Behrens & Langer, 2010)

## F.) Überblick über die ausgewählten Studien

Autoren und Jahr	Titel der Studie	Design
Afrikanische Frauenorganisation in Wien. (2000).	Die Anwendung der FEMALE GENITAL MUTILATION (FGM) bei MigrantInnen in Österreich	Qualitatives Design, deskriptive Querschnittsstudie
Croasdell B. (2010).	Female Genital Mutilation: A Clinical Perspective of Nursing Care in the United States	Quantitatives und qualitatives Design bzw. Mixed-Methode; deskriptives Design
Hohlfeld P. (2001).	Mädchenbeschneidung in der Schweiz	Quantitatives Design
Kaplan-Marcusan A., Toran-Monserrat P., Moreno-Navarro J., Fabregas J. & Munoz-Ortiz L. (2009).	Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence	Quantitatives Design; Querschnittsstudie
Kessler C. & Tanner M. (2003).	Female Genital Mutilation and the Swiss Health Care System	Qualitativer Ansatz und quantitativer Teil bzw. Mixed-Methode Design
Kölbl, B. & Prof. Dr. Schlögel R. (2006).	Genitalverstümmelung in Österreich-eine Umfrage unter niedergelassenen Gynäkolog/inn/en und Kinderärzt/inn/en sowie unter Krankenanstalten	Quantitatives Design
Lazar K., Johnson-Agbakwu C., Davis O. & Shipp M. (2013).	Providers' Perceptions of Challenges in Obstetrical Care for Somali Women	Qualitatives Design ; Pilotstudie
Nyfeler D. & Bégiun-Stöckli D. (1994).	Genitale Verstümmelung Afrikanische Migrantinnen in der schweizerischen Gesundheitsversorgung	Quantitatives und qualitatives Design; Mixed-Methode
Pereda N., Arch M. & Pérez-Gonzalez A. (2012).	A case study perspective on psychological outcomes after female genital mutilation	Mixed-Methode Design von quantitativen und qualitativen Ansätzen
Stiller, B. (2006).	Weibliche Genitalverstümmelung: Was weiss die Medizin?	Quantitatives Design

Thierfelder C., Tanner M. & Kessler-Bodiang C. (2005).	Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system	Qualitativer Ansatz und quantitativer Teil bzw. Mixed-Methode Design
UNICEF. (2004).	Mädchenbeschneidung in der Schweiz. Umfrage bei Schweizer Hebammen, Gynäkologen, Pädiatern und Sozialstellen.	Quantitatives Design
WHO study group. (2006).	Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries	Quantitatives Design; Prospektive Studie
Wuest S., Raio L., Wyssmueller D., Mueller MD., Stadlmayr W., Surbek DV. & Kuhn A. (2009).	Effects of female genital mutilation on birth outcomes in Switzerland	Quantitatives Design; retrospektive Fallkontrollstudie
Zenner N., Liao L.-M. & Creighton S.M. (2013).	Quality of obstetric and midwifery care for pregnant women who have undergone female genital mutilation.	Quantitatives Design, retrospektive Studie

## G.) Zusammenfassung und Beurteilung der integrierten Studien

Afrikanische Frauenorganisation in Wien (2000). Die Anwendung der FEMALE GENITAL MUTILATION (FGM) bei MigrantInnen in Österreich.
<b>Ziele:</b> Die Studie soll zur Erfassung der Häufigkeit und der Formen von FGM in Österreich dienen. Ausserdem wurden Ansichten und Begründungen für die Anwendung von FGM erfragt. Dies mit dem Ziel: Bessere Interventionen zur Bekämpfung von FGM zu entwickeln.
<b>Design:</b> Qualitatives Design; deskriptive Querschnittstudie
<b>Setting:</b> Die Migranten lebten zur Zeit der Untersuchung in den Städten Wien, Graz und Linz.
<b>Stichprobe:</b> An der Untersuchung nahmen 250 Afrikaner und Afrikanerinnen teil. 130 waren weiblich und 120 männlich. Die Befragten stammen aus Ländern in denen FGM praktiziert wird.
<b>Methode:</b> Die Untersuchung stützt sich auf einen Fragebogen mit geschlossenen und offenen Fragen und auf Interviews. Der Fragebogen hat drei Unterkapitel: Sozio-demographische Informationen, Erfassung von Ansichten über FGM und die Interventionsstrategien. Damit wahrheitsgetreue und vollständige Antworten eruiert werden konnten, waren die Fragebogen anonym. Die Interviews fanden in verschiedenen Haushalten statt, eine Person pro Familie wurde interviewt. Die Interviews wurden nach Zustimmung der Befragten in deren Wohnungen durchgeführt. Die Interviews waren geschlechtsspezifisch und in der jeweiligen Muttersprache der Teilnehmer. Die Instrumente zur Auswertung wurden nicht beschrieben.
<b>Ergebnisse:</b> Mehr als 3/4 (76%) der Befragten äusserten, sie möchten eine völlige Abschaffung von FGM. Etwas mehr als die Hälfte (54%) bekundete den Wunsch, dass die österreichische Regierung und Europa sich allgemein der Lösung des Problems annehmen und für eine Abschaffung sorgen. Anhand der Auswertung der Ergebnisse ergaben sich Empfehlungen wie, eine enge Zusammenarbeit zwischen Regierungen, um die Migranten an der Basis erreichen zu können, eine spezifische Gesetzgebung, welche FGM verbietet, Aufklärung des Gesundheitspersonals, Kursangebote für Frauen über reproduktive Gesundheit und Menschenrechte und Kampagnen gegen FGM über Medien. Die Mehrheit der Befragten gab an, FGM werde in den ersten zwei Lebensjahren durchgeführt. Es wird aber auch beschrieben, die Gruppe der 6-13 jährigen werde für diesen Eingriff als geeignet angesehen. Aus den Ergebnissen kann entnommen werden, die Entscheidung für eine Beschneidung der Tochter werde bei der Mehrheit (64%) vom Vater und der Mutter getroffen. 33,2% der Befragten offenbarten, der Eingriff der Mädchenbeschneidung werde mit einem Fest gefeiert. 54 Teilnehmer liessen ihre eigene Tochter beschneiden. 88,5% davon liessen ihre Tochter in ihrem afrikanischen Heimatland beschneiden. Dies vor allem deshalb, weil durch das Verbot von FGM in vielen Teilen Europas, die Eltern fast gezwungen wurden, für diesen Eingriff in ihr Heimatland zu reisen. Die Begründung der befragten Eltern für die Durchführung von FGM an ihren Töchtern liegt bei mehr als der Hälfte (77,8%) in der Tradition, gefolgt von "Frauen haben kein Recht nein zu sagen", Gesundheit und Moral der Frauen und Frauen werden mehr Kontrolle über ihr Sexualleben haben. 141 Personen sind gegen FGM. Dies aufgrund dessen, es gäbe keinerlei medizinische oder religiöse Gründe, Verletzung der Menschenrechte, es sei nicht gut für den Geschlechtsverkehr, es sei keine Tradition und es sei verboten. Mehr als die Hälfte

(56,8%) der Befragten, wissen über die negativen Folgen von FGM Bescheid. Folgende Probleme wurden aufgezählt: Störung des Geschlechtsverkehrs, Infektionen, Schmerzen, Probleme während der Geburt, Blutungen, Traumen und der Tod.
<b>Ethik:</b> Es wird beschrieben, dass die Befragten über die Vorgehensweise informiert wurden und dass die Befragung anonym war. Jedoch wurde nicht beschrieben, ob die Studie ethisch anerkannt wurde.
<b>Limits:</b> Limiten werden keine aufgezeigt.
<b>Kritische Beurteilung:</b> Die vorliegende Untersuchung erhielt nach dem Beurteilungsbogen von Behrens und Langer (2010) für qualitative Studien, 9 von insgesamt 12 Punkten. Abzug erhielt die Studie, weil die Instrumente zur Datenauswertung und die Ethik nicht beschrieben sind. Mit 75% hat die Studie immer noch genügend Potenzial, um in die Literaturübersicht mit einbezogen zu werden.
<b>Begründung zur Wahl der Studie:</b> Die Studie erläutert das allgemeine Denken von Migranten, welche mit der Thematik von FGM konfrontiert werden. Für die vorliegende Fragestellung in dieser Literaturübersicht ist es von Bedeutung das Denken dieser Menschen zu kennen, um eine spezifische Betreuung und Pflege zu gewährleisten.

Croasdel, B. (2010). Female Genital Mutilation: A Clinical Perspective of Nursing Care in the United States.
<b>Ziel:</b> Das Ziel dieser Studie ist es, die Pflege von genitalbeschnittenen Patientinnen in den USA zu erforschen.
<b>Design:</b> Quantitatives und qualitatives Design bzw. Mixed-Methode; deskriptives Design
<b>Setting:</b> USA
<b>Stichprobe:</b> Die Stichprobe setzt sich aus 18 Pflegepersonen und Hebammen zusammen, welche jemals beschnittene Frauen gepflegt haben.
<b>Methode:</b> Die Teilnehmer wurden anhand einer Anzeige auf 10 verschiedenen Webseiten rekrutiert. Sie konnten das Einverständnis zum Mitmachen der Studie per Telefon oder per E-Mail mitteilen. Danach wurden sie online mit einem Link verbunden, auf dem sie eine Onlinebefragung durchführen konnten. Der Fragebogen setzt sich aus nominalen Levels und offenen Fragen zusammen. Die Studie wurde in drei Teile unterteilt: Prozedur Modifikationen, individuelle therapeutische Konversationen und kulturelle Kompetenz betreffend FGM. Die demographischen Daten wurden anhand von deskriptiven Statistiken analysiert. Die qualitativen Daten wurden anhand konventionaler Inhalte analysiert.
<b>Ergebnisse:</b> Die Mehrheit (87,5%) der Befragten gaben an, es gibt in der tätigen Institution keine aktuellen Protokolle betreffend der Pflege von beschnittenen Frauen. Die Restlichen wussten nicht, ob solche Protokolle in ihrer Institution vorhanden sind. Viele der Teilnehmer äusserten, ein Beckentrainingprogramm ist für die betroffenen Frauen von Bedeutung. Die Teilnehmerinnen äusserten, es wäre von Vorteil, bei beschnittenen Frauen vor auszudenken, dass diese einen exzessiven Dammschnitt postpartum haben werden. 56,25 % (n=9) berichteten, sie führten keine individuellen therapeutischen Kommunikationsarten mit beschnittenen Frauen vor der Geburt durch. Es wurde angegeben, die Pflegefachfrauen sollten detaillierte Gespräche mit den Betroffenen über die Defibulation vor und während der Geburt führen. Somit sollte für die Gesprächstermine mehr Zeit einberechnet werden. Für viele Patientinnen war es das erste Mal, dass sie mit einem formalen Gesundheitssystem in Kontakt gekommen sind, deshalb sollte sich das Pflegepersonal bewusst sein, dass die Betroffenen evtl. gar nicht wissen, was genau durch FGM mit ihnen vorgefallen ist. Für die beschnittenen Frauen wird sich durch eine Defibulation vieles verändern über solche Veränderungen sollten die Frauen vom Pflegepersonal informiert und beraten werden. Die meisten Teilnehmer (93,75%) gaben an, es besteht eine Lücke zwischen dem kulturellen Bewusstsein und der ausreichenden Kenntnisse bezüglich Pflege bei Frauen mit FGM. Knapp die Hälfte (n=7) der Befragten berichteten, während ihrer Ausbildung Unterricht über das Thema FGM gehabt zu haben. Sie bekräftigten, dass dieser Unterricht während der Ausbildung fokussiert werden soll. Es wurde auch gesagt, es besteht eine Notwendigkeit für Sensibilisierungs-Kurse betreffend des Themas.
<b>Ethik:</b> Die Studie hat eine Zulassung nach Institutional Review Board von der DePaul University erhalten.
<b>Limits:</b> 87.5% der Befragten kamen aus dem Mittleren Westen Amerikas, aufgrund dieser Einschränkung ist die Studie nicht für ganz Amerika repräsentativ.
<b>Kritische Beurteilung:</b> Die vorliegende Studie hat anhand der Bewertung nach Behrens und Langer (2010) 10 Punkte von maximal 12 Punkten erreicht. Somit hat die Studie einen Prozentsatz von 83% und hat dadurch die Einschlusskriterien erreicht. Kritik erhielt die Studie aufgrund dessen, dass die Begründung für



das gewählte Design, wie auch die Datensättigung zu wenig ausführlich aufgezeigt wurden.

**Begründung zur Wahl der Studie:** Die vorliegende Studie hilft dabei, die Fragestellung dieser Literaturübersicht zu beantworten. Sie gibt aufschlussreiche Informationen betreffend der Pflege von beschnittenen Frauen. Mit dieser Studie kann auch aufgezeigt werden, dass es nötig ist das Thema FGM in den Unterricht der Gesundheitsberufe zu integrieren.

Hohlfeld, P. (2001). Mädchenbeschneidung in der Schweiz.
<b>Ziel:</b> Ziel der Umfrage war es, zu eruieren, inwieweit Gynäkologen in der Schweiz mit der Behandlung von beschnittenen Frauen und der Problematik von FGM konfrontiert werden.
<b>Design:</b> Quantitatives Design
<b>Setting:</b> Schweiz
<b>Stichprobe:</b> 454 Gynäkologen und Gynäkologinnen
<b>Methode:</b> Ein Fragebogen wurde an 1'162 Schweizer Gynäkologen und Gynäkologinnen geschickt. Die Rücklaufquote betrug 39%, also 454 Gynäkologen und Gynäkologinnen haben schlussendlich an der Umfrage teilgenommen. Die Instrumente zur Datenerhebung- und -auswertung werden nicht beschrieben.
<b>Ergebnisse:</b> 233 Gynäkologen bejahten die Frage, ob sie schon einmal eine beschnittene Frau behandelt haben. Besonders in der Westschweiz lag die Zahl der <i>Ja</i> -Antworten sehr hoch. Von diesen 233 Teilnehmern gaben knapp die Hälfte (40%) an, dass sie von den beschnittenen Frauen gebeten wurden, eine Reinfibulation durchzuführen. 12 Gynäkologen wussten von Fällen, in welchen Mädchen in der Schweiz beschnitten wurden. Zwei Teilnehmer wurden direkt angefragt, ob diese FGM durchführen würden und bei 4 Gynäkologen wurden nach Informationen gefragt, wo man in der Schweiz FGM durchführen lassen kann.
<b>Ethik:</b> Die Studie wurde von UNICEF Schweiz durchgeführt und angenommen.
<b>Limits:</b> Die Methodologie wird allgemein sehr kurz gehalten und das Instrument zur Auswertung der Umfrage wird nicht erwähnt.
<b>Kritische Beurteilung:</b> Die Studie wurde anhand des Beurteilungsbogens von LoBiondo-Wood (2005) kritisch beurteilt. Die Studie erhielt 9,5 Punkte. Dies entspricht 68% und somit wurden die Einschlusskriterien knapp erfüllt.
<b>Begründung zur Wahl der Umfrage:</b> Obwohl die Ergebnisse nicht detailliert aufgelistet sind, wird in dieser Studie klar aufgezeigt, dass das Schweizerische Gesundheitswesen mit der Problematik von FGM konfrontiert wird. Eine breite Informationskampagne über FGM scheint notwendig zu sein. Genau dieser Aspekt ist für unsere Arbeit relevant.

Kaplan-Marcusan, A., Toran-Monserrat, P., Moreno-Navarro, J., Fabregas, J. & Munoz-Ortiz, L. (2009). Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence.
<b>Ziele:</b> Die Ziele dieser Studie waren, die Wahrnehmung, das Mass an Wissen und die Haltung bezüglich FGM zu analysieren. Wie auch mögliche Trends in Bezug auf eine Veränderung in der Wahrnehmung und der Haltung an zwei verschiedenen Zeitpunkten (2001 und 2004) herauszufinden.
<b>Design:</b> Quantitatives Design, Querschnittsstudie
<b>Setting:</b> Die Studie wurde in Maresme, Spanien in folgenden Abteilungen durchgeführt: Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Gynäkologie und Sozialarbeit.
<b>Stichprobe:</b> Im Jahr 2001 wurden 280 Fragebogen an Ärzte, Gynäkologen, Hebammen und Pflegefachfrauen auf der Allgemeinmedizin und Pädiatrie versandt. Im Jahr 2004 waren es 296 Fragebogen. In der ersten Runde wurden 80% (225 Fragebögen) und in der zweiten Runde 62% (184 Fragebögen) zurückgeschickt.
<b>Methode:</b> Eine Querschnittsstudie mit einem selbstauszufüllenden Fragebogen wurde mit primären Gesundheitsberufen durchgeführt. Die Untersuchungen fanden an zwei verschiedenen Zeitpunkten statt, von April bis Mai 2001 und von Oktober bis November 2004. Es wurde aber in diesen zwei Jahren keine Intervention, also kein Lernprogramm bezüglich FGM abgehalten. Die Hauptthemen des Fragebogens waren: Soziodemographische Variablen, das Mass an Wissen, das Interesse, frühere Erfahrungen und die Haltung bezüglich FGM. Die Ergebnisse der beiden Studien wurden in 3 Phasen durch eine deskriptive Analyse, ein Chi-squaretest und ein multiples logistisches Regressionsmodell miteinander verglichen. Die Ergebnisse wurden anhand von Stata Software, Version 9.2 analysiert.
<b>Ergebnisse:</b> Fast 18% der Teilnehmer gaben an, Interesse betreffend FGM ist nicht vorhanden, die Frauen (85,4%) weisen ein signifikant grösseres Interesse auf als die Männer (74%). Die grosse Mehrheit (96,5%) gab an, zu wissen, was FGM ist, aber nur 40% konnten die Typen korrekt definieren und weniger als 30% kannten die Länder, in welchen diese Praktik durchgeführt wird. Es zeigte sich, dass das Wissen in Bezug auf FGM bei den befragten Frauen (44,6%) wesentlich grösser ist als dies der Männer (37,8%). Die Teilnehmer wurden gefragt, ob sie jemals beschnittene Frauen betreuten. Ein statistisch signifikant grossen Unterschied kann erkannt werden, 2001 waren es 5,9% die mit <i>ja</i> antworteten und 2004 waren es 16,3%. Eine Abnahme der <i>ja</i> -Antworten, erwies sich in der Frage, ob das Thema in der Ausbildung unterrichtet werden sollte, 2001 waren es 49,8% und 2004 nur noch 31%. In beiden Studien konnten Pflegefachfrauen die Typen von FGM besser identifizieren als Ärzte.
<b>Ethik:</b> Das Management aller Institutionen wurde über die Studie informiert und das Manuskript wurde an das Ethische Komitee der Institution, in welcher die Autoren tätig sind geschickt.
<b>Limits:</b> In der ersten Runde der Befragung haben mehr Personen an der Studie teilgenommen als in der zweiten Runde, deshalb ist die Untersuchung kritisch zu betrachten.
<b>Kritische Beurteilung:</b> Die Studie wurde anhand des Beurteilungsbogens von LoBiondo-Wood (2005) kritisch beurteilt. Die Studie erhielt 11 von maximal 14

Punkten, dies sind 79% und somit wurden die Einschlusskriterien erfüllt. In der Studie werden keine Forschungsfragen oder Hypothesen aufgezeigt. Das Forschungsdesign wird zwar erwähnt, aber nicht begründet. Die Ergebnisse können nicht alle in die Praxis umgesetzt werden, daher ist sie nicht sehr sinnvoll. Deshalb erhielt die Studie in den aufgezählten Punkten Abzug.

**Begründung zur Wahl der Studie:** Diese Studie wurde in Spanien durchgeführt. Da Spanien, wie die Schweiz ein westliches Industrieland ist, können die beiden Ländern, was das Thema dieser Literaturübersicht betrifft, miteinander verglichen werden. Die Studie zeigt auf, dass das Problem von FGM in den westlichen Ländern präsent ist. Die Studie trifft zwar nicht exakt das Thema dieser Literaturübersicht, sie zeigt jedoch, inwiefern Verbesserungen für die Optimierung der Pflege von beschnittenen Frauen, vorgenommen werden können, was wiederum einen Zusammenhang zum Thema darlegt.

Kessler, C. & Tanner, M. (2003). Female Genital Mutilation and the Swiss Health Care System.
<b>Ziel:</b> Die spezifische Situation von beschnittenen Migrantinnen und des medizinischen Personals, welche beschnittene Frauen im Schweizerischen Gesundheitssystem behandelt, zu analysieren und Empfehlungen zur angemessenen Behandlung von diesen Frauen an das Schweizerische Gesundheitssystem, zu formulieren.
<b>Design:</b> Qualitativer Ansatz und quantitativer Teil bzw. Mixed Methode Design
<b>Setting:</b> Schweiz
<b>Stichprobe:</b> 27 Frauen aus Somalia und 5 Frauen aus Eritrea wurden per Schneeballverfahren ausgesucht und befragt. Einschlusskriterium war, dass die Betroffenen in ihrer Kindheit beschnitten wurden. Ebenfalls per Schneeballverfahren wurden 17 Hebammen und 20 Ärzte, welche jemals in ihrem Berufsleben beschnittene Frauen behandelt haben, befragt.
<b>Methode:</b> Die vorliegende Studie hat zwei Strategien. Zum einen wird die Perspektive der beschnittenen Frauen, die ihre Vorstellungen bezüglich des Schweizerischen Gesundheitssystems betonen, analysiert. Zum anderen wird untersucht, ob Gynäkologen oder Hebammen mit beschnittenen Frauen konfrontiert werden und es wird versucht die zusammenhängenden Komplikationen aufzuzeigen. Mit den betroffenen Frauen wurden Fokusgruppendifkussionen, drei strukturierte Tiefeninterviews und Beobachtungen durchgeführt. Mit dem medizinischen Personal wurden ebenfalls, Tiefeninterviews durchgeführt. (Bis auf zwei Ausnahmen, welche per Telefon befragt wurden). Alle Gespräche wurden aufgezeichnet und anschliessend transkribiert. Anschliessend wurden die Ergebnisse mit dem MAXQDA-Programm analysiert. Die Antworten der beschnittenen Frauen und des medizinischen Personals wurden getrennt analysiert.
<b>Ergebnisse:</b> Im quantitativen Teil wurde ermittelt, dass zurzeit 10'501 Migrantinnen aus 28 afrikanischen Ländern, in denen FGM praktiziert wird, in der Schweiz leben. Schätzungen zufolge sind davon 4'051 Frauen von FGM betroffen. Im qualitativen Teil der Studie berichteten die befragten Frauen (n=19), die Hauptkomplikationen von FGM sind schmerzhafte und verlängerte Menstruationsblutungen und Sexualstörungen. Je nach Art der Beschneidung variierte das Ausmass der Symptomatik. In der Schweiz spielen die geburtshilflichen Komplikationen eine wesentlich geringere Rolle als in den Heimatländern, jedoch treten die psychosexuellen Probleme in den Vordergrund. Da die Migrantinnen aufgrund ihrer Beschneidung einen anderen Bezug zur Sexualität haben, als die einheimischen Frauen, tragen die Betroffenen diesen Faktor als Sorge mit sich. Eine weitere schwerwiegende Folge von FGM, welche die betroffenen Frauen (n=4) beschrieben, sind Miktionschwierigkeiten. Die betroffenen Migrantinnen äusserten, die erste Untersuchung in der Schweiz ist die Basis für das Vertrauen. Sie sagten aus, die Reaktion der Ärzte auf FGM habe einen grossen Einfluss auf die weiteren Konsultationen. Ein paar Frauen erwähnten, das medizinische Personal hatte Schwierigkeiten, die gynäkologische Untersuchung mit den Betroffenen durchzuführen, wie auch mit der anatomischen Struktur der Frauen mit FGM. Die Reaktionen des medizinischen Personals lösten nicht selten bei den Betroffenen Gefühle des Schams und der Furcht aus. Das medizinische Personal äusserte ihrerseits ebenfalls, die erste Konfrontation mit FGM löste einen Schock und Erstaunen aus. Eine Hebamme erklärte dabei, sie könne durch Erfahrungen und selbständiges Nachforschen

über das Thema, einen viel besseren und aktivieren Umgang mit den Betroffenen pflegen.

Fast alle betroffenen Frauen berichteten, sie suchten den Erstkontakt mit dem Gesundheitssystem der Schweiz, als sie schwanger waren.

Oftmals wird das Thema bei den gynäkologischen Untersuchungen nur angesprochen, wenn die Betroffenen eine Defibulation oder eine Reinfibulation wünschen. Die Betroffenen fühlten, dass das medizinische Personal dieses Thema aufgrund des Zeitmangels gar nicht ansprechen wollte. Dies bestätigte ebenfalls das medizinische Personal. Durch die Studie zeigte sich, die meisten Frauen aus Somalia hatten kein Problem damit, auf FGM angesprochen zu werden, hingegen die Frauen aus Eritrea sprachen lieber nicht darüber. Die Mehrheit des medizinischen Personals gab an, solange es keine Anzeichen von FGM gab, die Frauen nicht darauf anzusprechen. Nur ein Interviewpartner des medizinischen Personals berichtete, die psychosexuellen Aspekte der betroffenen Frauen anzusprechen. In der Studie zeigte sich, das medizinische Personal hat das Gefühl, die beschnittenen Frauen sprechen lieber mit einer Frau über dieses Thema und werden auch lieber von einer Frau untersucht.

Die grosse Mehrheit des medizinische Personals wie auch der betroffenen Frauen äusserten, sie haben nicht über die Zukunft der Töchter betreffend FGM gesprochen bzw. sie wurden nicht darauf angesprochen. Einige Gründe, welche das medizinische Personal angegeben hat, nicht über die Prävention von FGM zu sprechen waren: Nicht der richtige Ort, nicht der richtige Zeitpunkt, Mangel an Zeit, Sprachbarriere, andere wichtigere Fragen, zu wenig intensiver Patientenkontakt und Tabuthema.

Die Mehrheit der Frauen, welche für die Geburt defibuliert wurde, wünschte sich nach der Geburt eine Reinfibulation.

Das medizinische Personal gab an, die Männer der Betroffenen waren selten bei den Konsultationen dabei. Die Betroffenen sagten darauf, dieses Thema werde nicht mit ihren Männern besprochen und dass es sie nichts angehe.

In Bezug auf die technischen Aspekte äusserten die betroffenen Frauen, sie hätten sich eine Defibulation während der Geburt gewünscht und nicht als traumatisches Erlebnis während der Schwangerschaft, sie wünschten sich auch, dass die Defibulation unter grosser Sorgfalt durchgeführt wird. Zudem wünschten sie sich die Möglichkeit eine Normalgeburt durchzuführen und nicht, dass von Anfang an vorgeschlagen wird, einen Kaiserschnitt zu vollziehen.

In Bezug auf die sozialen Aspekte der Pflege wünschten sich die betroffenen Frauen mehr Wärme und Empathie des Pflegepersonals. Ein wichtiger Faktor wäre auch, dass sich das Pflegepersonal für die Konsultationen mehr Zeit nehmen würde, damit alle offenen Fragen beantwortet werden können. Das Pflegepersonal sollte ebenfalls detaillierte Erklärungen bezüglich der Geburt abgeben und nicht nur betreffend des Babys nach der Geburt. Für die gesamthafte Betreuung wünschten sich die Betroffenen eine weibliche Bezugsperson und nicht die Anwesenheit von noch vielen anderen Ärzten und Assistenzärzten. Während den Konsultationen wären sie dankbar für einen Übersetzer gewesen. Im Allgemeinen wünschten sich die beschnittenen Frauen mehr Informationen, auch betreffend der weiblichen Anatomie nach einer Defibulation, illustriert anhand von Bildern, Zeichnungen und Spiegeln.

Ein Gynäkologe berichtete, er hat eine beschnittene Frau betreut, welche das Gefühl hatte, sie wäre die einzige damit, daher hat er vorgeschlagen, Selbsthilfegruppen betreffend FGM einzuführen.

Die Mehrheit des befragten medizinischen Personals gab an, sie wünschen sich mehr Informationen durch Guidelines, Referenzzentren, Workshops oder anderen Ressourcen, betreffend FGM.
<b>Ethik:</b> Die vorliegende Studie wurde vom ethischen Komitee der medizinischen Fakultät der Universität Basel anerkannt.
<b>Limits:</b> Es ist fraglich, ob die Daten des quantitativen Teils tatsächlich repräsentativ sind. Die betroffenen Frauen waren mehrheitlich nach dem Typ 3 beschnitten, dies könnte bedeuten, dass die Antworten der Frauen nicht auf alle Typen von FGM zu treffen und somit ist die Studie nicht zu generalisieren. Genaue Zahlen wurden selten bis nie beschrieben.
<b>Kritische Beurteilung:</b> Die vorliegende Studie wurde anhand des Bewertungsbogens für qualitative Studien von Behrens und Langer (2010) kritisch beurteilt. Sie erreichte anhand der Punkte 83% und hat somit die Kriterien zur Aufnahme in die Literaturübersicht erreicht. Da die Forschungsfrage nicht klar aufgezeigt wurde und weil nicht beschrieben ist, ob die Datensammlung bis zur Sättigung vollzogen wurde, erhielt sie in diesen Punkten Abzug.
<b>Begründung zur Wahl der Studie:</b> Diese Literaturübersicht stützt sich in erster Linie auf qualitative Studien, da diese Studie einen qualitativen Ansatz trägt, ist diese vom Design her passend. Die Studie ist sehr übersichtlich aufgebaut und gibt einen Einblick über die Wünsche der Frauen mit FGM aber auch in das Erleben des medizinischen Personals. Die Studie erfüllt die Kriterien der Literaturübersicht und wurde deshalb mit einbezogen.

Kölbl, B. und Prof. Dr. Schlögel, R. (2006). Genitalverstümmelung in Österreich-eine Umfrage unter niedergelassenen Gynäkolog/inn/en und Kinderärzt/inn/en sowie unter Krankenanstalten.
<b>Ziele:</b> Eine Erhebung bezüglich der Problematik von FGM, zur Sensibilisierung und Aufklärung soll vollzogen werden. Des Weiteren soll Anleitung zum weiteren Umgang mit FGM gegeben werden.
<b>Design:</b> Quantitatives Design.
<b>Setting:</b> Österreich
<b>Stichprobe:</b> Es nahmen schlussendlich 415 Gynäkologen (65%) und Kinderärzte (31%) und 130 öffentliche Krankenanstalten mit Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe und/oder Abteilungen für Kinder und Jugendheilkunde an der Studie teil.
<b>Methode:</b> Es wurden Fragebogen zur Erhebung von FGM benutzt. Diese wurden an die Population versandt. Die Rücklaufquote bestand zu 25% bei den Gynäkologen und Kinderärzten und zu 52% bei den österreichischen Krankenanstalten. Zur Darstellung der Ergebnisse dienten verschiedene Diagramme und Tabellen.
<p><b>Ergebnisse:</b> Insgesamt haben 57 Gynäkologen und Kinderärzte mindestens einmal in ihrer beruflichen Karriere ein beschnittenes Mädchen oder Frau behandelt. 86% der Gynäkologen und Kinderärzte haben keine Beschneidung bei ihren Patientinnen beobachtet. Vier wurden gefragt, wo FGM vollzogen werden kann und ebenfalls vier haben von einer Verstümmelung, welche in Österreich durchgeführt wurde, gehört.</p> <p>Von den 130 Krankenanstalten, gaben 21 (16%) an, sie hätten bei ihnen Mädchen und Frauen mit FGM behandelt. Bei der Mehrheit (86%) wurde FGM anhand genereller Untersuchungen der Patientinnen erkannt. Ausnahmslos standen chronische Schmerzen als klinischer Befund im Vordergrund. Fisteln mit rezidivierenden Infektionen, wie auch akute Komplikationen konnten nicht diagnostiziert werden. Ein geringer Teil (9,5%) der beschnittenen Patientinnen haben die Krankenanstalten aufgesucht mit dem Wunsch einer Defibulation. Keine Patientin hat um eine Reinfibulation gebeten. Die meisten Frauen waren nach den Typen 1 und 2 beschnitten. Die Mehrheit (81%) der Krankenanstalten haben bis zur Untersuchung keine Schritte unternommen um weitere Auskünfte über FGM zu erlangen. Keine Anstalt wurde gefragt, ob sie FGM durchführen würden, jedoch wurden drei gefragt, wo es möglich sei FGM durchführen zu lassen. Mehr als 3/4 (79%) der Krankenanstalten befürworten FGM in das Curriculum der medizinischen Aus- oder Weiterbildung zu integrieren.</p>
<b>Ethik:</b> In der Publikation wird beschrieben, dass die Befragung anonym ist. Jedoch wurde nicht beschrieben, ob die Studie ethisch anerkannt wurde.
<b>Limits:</b> Da die Gründe für das Nichtzurückschicken der Fragebogen unterschiedlich bewertet werden können, ist es nicht zulässig die Ergebnisse der Umfragen sowohl bei den niedergelassenen Ärzten als auch an den Spitälern als Stichprobe für eine Hochrechnung zu verwenden.
<b>Kritische Beurteilung:</b> Die vorliegende Untersuchung wurde anhand des Beurteilungsbogens von LoBiondo-Wood (2005) kritisch beurteilt. Die Studie erreichte 71% und erreicht somit die Einschlusskriterien in die Literaturübersicht. Mängel liegen darin, dass die Instrumente zur Datenanalyse und die Ethik sehr gering bzw. nicht beschrieben sind.
<b>Begründung zur Wahl der Studie:</b> Die vorliegende Studie weist darauf hin, dass eine Sensibilisierung bezüglich FGM erforderlich ist. Anhand dieser Studie



können Verbesserungsvorschläge zum Umgang mit dem Thema aufgezeigt werden.

Lazar, K., Johnson-Agbakwu, C., Davis, O. & Shipp, M. (2013). Providers' Perceptions of Challenges in Obstetrical Care for Somali Women.
<b>Ziele:</b> Ermitteln, ob Gesundheitsinstitutionen für Frauen aus Somalia existieren und Herausfinden, ob es Erfahrungen, Praktiken und Gewohnheiten betreffend der pränatalen Pflege, Geburt und Management von Frauen mit FGM gibt.
<b>Design:</b> Qualitatives Design; Pilotstudie
<b>Setting:</b> Columbus, Ohio
<b>Stichprobe:</b> Die Stichprobe setzt sich zusammen aus 14 Gynäkologen und lizenzierten Hebammen (5 Männer und 9 Frauen), diese wurden von Juli 2007 bis Juli 2008 befragt. Die Teilnehmer wurden anhand des Schneeballverfahrens ausgewählt.
<b>Methode:</b> Die Entstehung des Interview-Leitfadens für diese Pilotstudie entstand anhand von geprüfter bereits bestehender Literatur, sowie früheren Gesprächen mit Schlüsselinformanten aus der somalischen Gemeinschaft. Es wurde einen Untersuchungsfragebogen mit offenen Fragen, betreffend des Wissens der Probanden, wie auch betreffend Erfahrungen und Praktiken in Bezug auf Frauen mit FGM, eingesetzt. Die Interviews wurden per Tonband aufgenommen und anschliessend transkribiert. Um die Ergebnisse zu analysieren wurde eine QSR NVivo 9 Software eingesetzt.
<b>Ergebnisse:</b> Viele Teilnehmer berichteten über Kommunikationsschwierigkeiten während der Betreuung der beschnittenen Frauen aus Somalia. Diese Schwierigkeiten scheinen laut der Studie auf folgende Faktoren zurückzuführen: Die Sprache, die Interpretation bezüglich Objektivität und Qualität der Dolmetscher, die Patientenautonomie gemeint ist, dass die Frauen, welche von Familienmitgliedern begleitet wurden ihre Wünsche nicht offen präsentierten, sowie das Unbehagen über das Thema zu sprechen. Die Befragten sagten aus, die Kaiserschnitt-Raten der beschnittenen Frauen sind nicht wesentlich höher als diese der allgemeinen Bevölkerung. Ein gewisser Anteil der Teilnehmer berichtete über Vorfälle, bei denen somalische Patientinnen einen Kaiserschnitt verweigerten und dies dann zum fötalen Tode führte. Die Teilnehmer sagten aus, diese Vorfälle seien auf die kulturellen Werte zurückzuführen oder auch darauf, dass die Frauen Angst haben durch einen Kaiserschnitt die Chance auf weitere Kinder zu verringern. Die Befragten hatten, aufgrund des Wissens über den möglichen Tod des Fötus, Schwierigkeiten die Wünsche der beschnittenen Frauen bezüglich Kaiserschnitt zu akzeptieren. Viele Teilnehmer haben ein Misstrauen der Patientinnen und deren Ehemann/Partner und Familie wahrgenommen und dass dieses Misstrauen die Pflege beeinflusse. Sie sagten aus, dieses Misstrauen war ein viel grösseres Hindernis für eine qualitativ hochwertige Pflege von somalischen Frauen, als ihren Status der Beschneidung oder andere kulturelle Faktoren. Die Befragten konnten sich nicht erklären, worin die Ursache für dieses Misstrauen liegt oder wie sie dieses bewältigen könnten. Der Wunsch dieses Misstrauen zu verringern und zu verstehen war in den Interviews aber deutlich nachweisbar. Nur ein Teilnehmer berichtete, in seiner Ausbildung Informationen über den Umgang mit beschnittenen Frauen pränatal und während der Geburt erhalten zu haben. Alle anderen Studienteilnehmer konnten diese Informationen erst bei der Konfrontation mit beschnittenen Frauen sammeln. Keine der Institutionen, in denen die Probanden arbeiteten verfügte über ein Protokoll bezüglich der Betreuung von genitalbeschnittenen Frauen.
<b>Ethik:</b> Die Studie wurde von dem Ohio State University Institutional Review Board anerkannt.

**Limits:** Die Stichprobe bezieht sich nur auf genitalbeschnittene Frauen aus Somalia. Hätte man allgemein Frauen mit FGM einbezogen, wäre die Studie viel repräsentativer. Die Ergebnisse werden selten bis nie anhand von genauen Zahlen dargestellt. Zudem ist die Stichprobe ziemlich klein gewählt.

**Kritische Beurteilung:** Die vorliegende Studie hat anhand der Bewertung nach Behrens und Langer (2010) 10 Punkte von maximal 12 Punkten erreicht. Somit hat die Studie einen Prozentsatz von 83% und hat dadurch die Einschlusskriterien erzielt. Kritik erhielt die Studie, dass der Forscher die Signifikanz für die Pflege nicht ausreichend beschreibt und die Glaubwürdigkeit wurde nicht evaluiert.

**Begründung zur Wahl der Studie:** Die Studie zeigt die negativen Punkte in der Betreuung von beschnittenen Frauen aus Somalia auf. Dadurch können Massnahmen für eine verbesserte oder sogar eine optimale Pflege herausgearbeitet werden. Somit kann die Studie eingesetzt werden, um die Fragestellung dieser Literaturübersicht zu beantworten.

Nyfelner, D., Bégiun–Stöckli, D. (1994). Genitale Verstümmelung Afrikanische Migrantinnen in der schweizerischen Gesundheitsversorgung.
<b>Ziel:</b> Die Ziele dieser Studie bestehen darin, herauszufinden ob und wie viele Patientinnen mit FGM in der Schweiz behandelt wurden, welche die Herkunftsländer dieser Frauen sind und aus welchen Gründen sie medizinische Hilfe gesucht haben.
<b>Design:</b> Quantitatives und qualitatives Design; Mixed-Methode
<b>Setting:</b> Schweiz. Die vorliegende Studie ist von der Arbeitsgruppe ANTAGEM des Instituts für Ethnologie der Universität Bern in Zusammenarbeit mit der Berner Universitäts-Frauenklinik entstanden.
<b>Stichprobe:</b> Schweizweit richtete sich der Fragebogen an alle leitenden Ärzte gynäkologischer Abteilungen der öffentlichen Spitäler. In Spitäler, wo keine gynäkologische Abteilung vorhanden war, wurde der leitende Arzt der chirurgischen Abteilung angeschrieben. Zusätzlich wurden alle Vertrauensärzte der Flüchtlingszentren in Bern angeschrieben, sowie alle Gynäkologen und Fachärzte anderer Richtungen mit Interesse an Gynäkologie im Kanton Bern und in angrenzenden Gebieten. Schlussendlich wurden 436 Fragebogen verschickt. Ein Ziel war Interviews mit 10 Gesprächspartnern durchzuführen. Diese Gesprächspartner wurden anhand des Zufallsprinzips unter den zurückgesendeten Fragebogen ausgewählt. Die Rücklaufquote bestand aus 63%, also nahmen schlussendlich 274 Personen an der Untersuchung teil.
<b>Methode:</b> Es wurden Fragebogen an Ärzte geschickt mit folgenden Themen: An erster Stelle stand die Ausgangsfrage, ob bei ihnen schon beschnittene Frauen behandelt worden sind. Dann folgten Fragen betreffend Herkunft, Zuweisung und Konsultationsgründen. Es wurden zusätzlich Interviews in halb-strukturierter Form geführt. Dazu diente ein vorgefertigter Leitfaden, zu den Themenkreisen medizinische Probleme, Familie/Umfeld der Patientinnen, Einstellung der Patientinnen gegenüber FGM, Kommunikation und Selbstwahrnehmung des behandelnden Arztes.
<b>Ergebnisse:</b> Knapp 1/5 (19%) der öffentlichen Spitäler haben schon Frauen mit FGM behandelt. Die freipraktizierenden Ärzte waren nur ganz marginal betroffen. Insgesamt wurden 82 Frauen mit FGM behandelt. Wobei die Zunahme von 1990-1991 extrem hoch war. Die behandelten Frauen stammen hauptsächlich aus Somalia, Äthiopien und Sudan. Nicht ganz die Hälfte (44%) der Konsultationsgründe dieser Frauen waren ihre Schwangerschaft und die Geburt, mit grossem Abstand folgten sexuelle Probleme (19%), Harnwegsinfekte und psychologische Probleme (4%). Die Interviewpartner haben insgesamt 29 beschnittene Frauen behandelt, davon waren 17 infibuliert, sieben exzidiert und bei fünf war die Beschneidungsform nicht erkennbar. Bezüglich des Themas der Defibulation hatten die Interviewpartner den Eindruck, dass die Entscheidung bei 10 Patientinnen stark vom Ehemann oder der Angehörigen beeinflusst wurde. Vier Frauen äussern sich gegen FGM und befürworten die Abschaffung. Den Interviewpartner war kaum bewusst, dass ihre Patientinnen diese Praktik möglicherweise auf ihre Töchter weiterführen lassen könnten. Dieser Aspekt wurde ihnen jedoch als wichtig erachtet auch bezüglich der Sensibilisierung. Grundsätzlich stellte die Lösung der medizinischen Probleme für die Interviewpartner keine Schwierigkeiten dar. Vielmehr Mühe bereitete ihnen den Umgang mit den betroffenen Patientinnen. Unsicherheiten und Angst wurden genannt, auch in Bezug darauf, wie diese Frauen die gynäkologischen Untersuchungen erlebten und wie die erlittene Verstümmelung zu thematisieren sei. Es wird auch klar

beschrieben, dass die Schmerzempfindung je nach Kultur unterschiedlich ge- äußert wird.
<b>Ethik:</b> Den Teilnehmern wurde die anonyme Verwendung der Daten zugesichert. Die Fragebogen waren mit einer Nummer versehen, so dass die zugehörige Adresse nicht öffentlich eruiert war. Die Kartei der Adressen wurde nach Abschluss der Studie vernichtet.
<b>Limits:</b> Die Studie ist ziemlich alt und daher nicht mehr auf dem neusten Stand.
<b>Kritische Beurteilung:</b> Die Studie wurde anhand der kritischen Beurteilung von LoBiondo-Wood (2005) analysiert. Sie erhielt 71% und somit wurden die Selektionskriterien erfüllt.
<b>Begründung zur Wahl der Studie:</b> Die Studie wurde an der Universität Bern durchgeführt, dadurch ist sie für diese Literaturübersicht sehr repräsentativ, obwohl sie schon etwas älter ist. Durch diese Studie wird deutlich, dass die Anzahl der beschnittenen Frauen zunimmt. In der Schweiz ist die Thematik der Migration sehr aktuell. Durch diese Migration wird das Schweizer Gesundheitswesen mit den Folgen von FGM konfrontiert. Diese Frauen wenden sich mit ihren Problemen und Ängsten an das Gesundheitspersonal und es ist die Rolle des Pflegepersonals diese Frauen zu unterstützen. In diesem Artikel wird ebenfalls beschrieben, dass die Zusammenarbeit in den medizinischen Disziplinen notwendig ist, um eine wirksame Präventionsarbeit zu gewährleisten.

Pereda, N., Arch, M. & Pérez-Gonzalez, A. (2012). A case study perspective on psychological outcomes after female genital mutilation.
<b>Ziel:</b> Das Ziel dieser Studie war es, die Auswirkungen von FGM bei erwachsenen Migrantinnen, welche in den europäischen Ländern leben, herauszufiltern.
<b>Design:</b> Mixed-Methode-Design, von quantitativen und qualitativen Ansätzen.
<b>Setting:</b> Universität Barcelona in Spanien
<b>Stichprobe:</b> Von insgesamt 9 beschnittenen Frauen, welche in einem Gesundheitszentrum betreut wurden, nahmen 3 Frauen (35 jährig, 39 jährig & 45 jährig) an der Studie teil. Alle 3 Frauen stammen aus Nouakchott (Mauretanien) und sind Musliminnen.
<b>Methode:</b> Die Teilnehmerinnen nahmen im qualitativen Teil der Studie an Gruppensessionen und an semi-strukturellen Interviews teil. Dabei standen die Erfahrungen betreffend FGM, welche in ihrer Kindheit durchgeführt wurde, im Vordergrund. Die quantitativen Daten wurden durch Selbsteinschätzungen über die mentale Gesundheit und über das Sexualleben anhand von "well-validated" Fragebogen gesammelt. Die gesammelten Daten beinhalten ebenfalls soziodemographische, symptomatische, psychopathologische und sexuelle Informationen. Der quantitative Teil wurde anhand des SPSS analysiert und mit einem Standard Sample verglichen. Die qualitativen Daten aus den Gruppen- und Einzelsessionen wurden transkribiert und nach Gemeinsamkeiten sortiert.
<b>Ergebnisse:</b> Bei allen drei Frauen wurde FGM durchgeführt, als sie noch sehr jung waren. An das genaue Alter konnten sie sich nicht mehr erinnern, aber es war noch während ihrer Kindheit. Keine der Befragten wusste noch, wer sie damals beschnitten hat. Niemand hat ihnen jemals erzählt, warum sie dieses grausame Ritual über sich ergehen lassen mussten, es sei einfach Tradition und alle Frauen müssten dies durchstehen. Alle drei Frauen gaben an, sie hatten riesige Angst vor dem Heiraten, da dies mit schmerzhaftem Geschlechtsverkehr in Verbindung steht. Probleme während der Geburt ihrer Kinder waren auch gemeinsam: Zwei gaben an, die Geburten waren sehr lange und sehr schmerzhaft, während die andere Frau bei all ihren Kindern einen Kaiserschnitt vorzog. Alle Teilnehmerinnen sagten, sie sind gegen FGM und dass ihre Töchter nicht beschnitten wurden. Sie vermuten, diese Meinung gegen FGM wurde durch die Migration ausgelöst. Die Frauen sagten, alle drei haben noch nie das Thema FGM mit ihren Männern besprochen. In Bezug auf die Folgen von FGM betreffend den Sexualfunktionen gaben alle Befragten an, dass während dem Geschlechtsverkehr vaginale Trockenheit besteht aber sie haben immer noch die Möglichkeit einen Orgasmus zu erreichen.
<b>Ethik:</b> Alle befragten Frauen gaben ihr Einverständnis zur Teilnahme der Studie. Die Studie wurde von ethischen Gruppen der Gesundheitsinstitutionen anerkannt und befolgte die Prinzipien der Deklaration von Helsinki.
<b>Limits:</b> Die Anzahl der Teilnehmerinnen in dieser Studie ist minim, deshalb ist die Studie nicht repräsentativ.
<b>Kritische Beurteilung:</b> Da der qualitative Teil dieser Studie im Mittelpunkt steht, wurde die Studie anhand des Beurteilungsbogens von Behrens und Langer (2010) kritisch beurteilt. Sie erhielt 83% und erfüllt somit die Aufnahmekriterien.
<b>Begründung zur Wahl der Studie:</b> Das Ziel dieser Literaturübersicht ist es, herauszufinden wie beschnittene Frauen eine angemessene Pflege postpartum angeboten werden kann. Um dieses Ziel zu erreichen müssen Pflegekräfte auch über die Hintergründe von FGM informiert sein. Diese Studie gibt einen

Einblick über die sexuellen und gynäkologischen Bereichen nach einer weiblichen Beschneidung, sowie über die kulturellen Gründe für die Durchführung von FGM.

<b>Stiller, B. (2006). Weibliche Genitalverstümmelung: Was weiss die Medizin?</b>
<b>Ziel:</b> Das Ziel der vorliegenden Studie war es, den Wissensstand in medizinischer und rechtlicher Hinsicht über FGM unter Gynäkologen, Pädiatern und Hebammen zu erheben. Ebenfalls wollten die Autoren Erfahrungswerte über betroffene Patientinnen erfassen.
<b>Design:</b> Quantitatives Design.
<b>Setting:</b> Die Studie wurde bei niedergelassenen und frei praktizierenden Gynäkologen, Pädiatern und Hebammen in Wien durchgeführt.
<b>Stichprobe:</b> Die Rücklaufquote betrug 13%. An der Studie nahmen schlussendlich 49 Hebammen, 36 Gynäkologen und 15 Pädiater teil. 70,8% der Befragten waren weiblich.
<b>Methode:</b> Im Zeitraum zwischen Herbst und Winter 2005/2006 wurden in Wien insgesamt 803 Fragebogen verschickt. Im ersten Fragebogen wurden generelle Erfahrungen der verschiedenen Berufsgruppen mit beschnittenen Frauen erfasst. Im zweiten Fragebogen wurde den Kontakt mit verstümmelten Frauen analysiert.
<b>Ergebnisse:</b> Bei mehr als der Hälfte (54,4%) der Befragten ist FGM aus ihrer beruflichen Praxis bekannt. Hebammen sind am häufigsten mit verstümmelten Frauen konfrontiert, weil sie beim Geburtsvorgang direkt die Komplikationen von FGM miterleben. Zu den häufigsten Herkunftsländern wurde, mit grossem Abstand, Äthiopien genannt. Bei 49,3% war der Konsultationsgrund die Geburt. Bei fast 2/3 (62%) der Frauen sind aufgrund FGM medizinische Komplikationen aufgetreten. Die häufigste Form von FGM (45,9%) war die Klitoridektomie. In knapp der Hälfte (41%) der Fälle war der Partner bei der Konsultation anwesend. Dies hatte zur Folge, dass sich die Scham- und Tabu-Reaktionen der Patientin verstärkten aber andererseits konnten die kulturellen Barrieren minimiert werden. Mehr als 1/3 (37,5%) der betroffenen Frauen waren sich des Problems von FGM bewusst, trotzdem hatten wenige Patientinnen (11,6%) vor ihre eigene Tochter beschneiden zu lassen. Hebammen gehen davon aus, dass die Patientinnen unter permanenten körperlichen Schmerzen, sowie unter psychischen Problemen leiden. Viele medizinische Berufsgruppen (59,1%) zeigen ein Bedürfnis nach Informationen über FGM in einer Fortbildung.
<b>Limits:</b> In der Studie wurden die Ethik und die Methodik minimal bis gar nicht beschrieben und die Rücklaufquote ist sehr gering. Zusätzlich nahmen hauptsächlich Hebammen, d.h. weibliches Personal an der Studie teil. Aus diesen Gründen hat die Studie repräsentative Schwachstellen.
<b>Kritische Beurteilung:</b> Die Studie wurde anhand des Beurteilungsraster von LoBiondo-Wood (2005) kritisch analysiert. Sie erhielt 71% und hat die Selektionskriterien erreicht. Ein Mangel des Artikels ist, dass nicht explizit beschrieben wurde, ob die Fragebogen auf anonymer Basis ausgefüllt und bewertet wurden.
<b>Begründung zur Wahl der Studie:</b> Diese Studie zeigt eindeutig auf, dass eine Sensibilisierung zum Thema FGM erforderlich ist, auch um weitere Töchter davon zu bewahren. Oft werden die gesundheitlichen Folgen dieser Frauen unterschätzt. Durch diese Studie können Verbesserungsvorschläge angebracht und umgesetzt werden, indem man z.B. dem Informationsbedürfnis entgegenkommt. Der Artikel setzt ebenfalls den Schwerpunkt auf eine bessere Vernetzung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen.



Thierfelder, C., Tanner, M. & Kessler-Bodiang, C. (2005). Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system.
<b>Ziele:</b> Die Ziele dieser Studie waren, die Erfahrungen der beschnittenen Migrantinnen mit den Gynäkologen und der geburtshilflichen Versorgung im Schweizerischen Gesundheitssystem zu analysieren und herauszufinden, ob Gynäkologen und Hebammen die mit FGM verbundenen Komplikationen angemessen behandeln.
<b>Design:</b> Qualitativer Ansatz und quantitativer Teil bzw. Mixed Methode Design
<b>Setting:</b> Schweiz
<b>Stichprobe:</b> Eine entschlossene Stichprobenerhebung wurde zur Auswahl von Frauen, welche in die Schweiz eingewandert sind und vor ihrer Migration FGM durchlebten und von medizinischem Personal, welches beschnittene Frauen betreute, eingesetzt. 29 Frauen (24 aus Somalia und 5 aus Eritrea), 17 Gynäkologen, 3 Ärzte und 17 Hebammen haben an der Studie teilgenommen.
<b>Methode:</b> Für die quantitative Analyse, wurden vom Bundesamt für Flüchtlinge und der Ausländerbehörde Daten betreffend Frauen, die aus Ländern stammen, in denen FGM vollzogen wird, bereitgestellt. Die qualitativen Methoden wurden für die Perspektiven und Erfahrungen der Betroffenen eingesetzt. Für den Austausch mit den betroffenen Frauen wurden Fokusgruppendifkussionen durchgeführt. Für die Frauen, welche nicht an diesen Gruppendiskussionen teilnehmen wollten, wurde als Alternative individuelle Interviews angeboten. Die Fokusgruppendifkussionen und die individuellen Interviews basierten auf semistrukturellen Interviews mit offenen Fragen. Alle Diskussionen und Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und anschliessend transkribiert. Die Ergebnisse wurden mit der Hilfe von der MAXQDA Software analysiert.
<b>Ergebnisse:</b> Im quantitativen Teil wurde berechnet, dass ungefähr 5'718 beschnittene Frauen, welche über 15 Jahre alt sind, in der Schweiz leben. Die Mehrheit dieser Frauen leben in den Städten Genf und Lausanne gefolgt von Zürich und Bern. Sowohl die betroffenen Frauen wie auch das medizinische Personal gaben, im qualitativen Teil ähnliche Angaben zu den Komplikationen von FGM, an: Schwierigkeiten betreffend dem Geschlechtsverkehr (n=16) und der Menstruation (n=14) wurden am häufigsten genannt, gefolgt von Harnwegsinfektionen (n=7), lokale (n=3) und geburtshilfliche Komplikationen (n=3). Das medizinische Personal, wie auch die befragten Frauen konnten sich gut an die erste Konsultation erinnern. Die beschnittenen Frauen konnten oft fühlen, dass das medizinische Personal geschockt oder überrascht war. Dies löste bei den Frauen Gefühle von Scham oder sogar Furcht aus. Oft wurde FGM während den Konsultationen gar nicht angesprochen. Die Frauen mit FGM und das medizinische Personal waren sich einig, dass die Gründe hierfür Sprachbarriere, Kultur, geschlechtliche oder soziale Gründe und Zeitmangel waren. Manche Frauen fühlten sich durch das Schweizerische Gesundheitswesen schlecht unterstützt. Wichtige Fragen betreffend der Schwangerschaft und der Geburt wurden ihnen nicht beantwortet. Die Mehrheit der beschnittenen Frauen sagte, sie hätten lieber während der Geburt, anstatt während der Schwangerschaft eine Defibulation. Die meisten der Betroffenen wünschten sich mehr Informationen betreffend der Geburt, wie auch mehr Zeit des Pflegepersonals für Diskussionen und eine em-

pathischere Betreuung. Zudem äusserten sie, dass die Bezugsperson weiblich sein sollte.
<b>Ethik:</b> Die Studie wurde durch das Ethik-Komitee in Basel anerkannt.
<b>Limits:</b> Da die befragten Frauen nach den Typen 2 oder 3 beschnitten sind, kann die Studie nicht generalisiert werden. Die Ergebnisse werden selten bis nie anhand von Zahlen dargestellt.
<b>Kritische Beurteilung:</b> Die vorliegende Studie wurde anhand des Bewertungsbogens für qualitative Studien von Behrens und Langer (2010) kritisch beurteilt. Sie erreichte anhand der Punkte 83% und hat somit die Kriterien zur Aufnahme in die Literaturübersicht erreicht. Da die Forschungsfrage nicht klar aufgezeigt wurde und weil nicht beschrieben ist, ob die Datensammlung bis zur Sättigung vollzogen wurde, erhielt sie in diesen Punkten Abzug.
<b>Begründung zur Wahl der Studie:</b> Diese Studie ist vom Design her passend, um in die Literaturübersicht integriert zu werden. In den Ergebnissen dieser Studie werden die Wünsche der beschnittenen Frauen thematisiert. Somit stellt die Studie eine Hilfestellung für die Beantwortung der Fragestellung in dieser Literaturübersicht dar.

UNICEF Schweiz. (2004). Mädchenbeschneidung in der Schweiz. Umfrage bei Schweizer Hebammen, Gynäkologen, Pädiatern und Sozialstellen.
<b>Ziele:</b> Die Ziele der Umfrage liegen darin, Informationen darüber zu erhalten, inwiefern Personen aus dem Schweizerischen Gesundheits- und Sozialsystem mit der Problematik von FGM konfrontiert werden, wie sie damit umgehen und ob Informationsbedarf zum Thema besteht. Des Weiteren sollten Informationen über Alter, Herkunft, Art der Beschneidung und deren Komplikationen gewonnen werden.
<b>Design:</b> Quantitatives Design.
<b>Setting:</b> Die Studie wurde schweizweit mit Hebammen, Gynäkologen, Pädiatern und Sozialstellen durchgeführt.
<b>Stichprobe:</b> 5'958 Fragebogen wurden insgesamt versandt. Davon wurden 1'799 zurückgeschickt und konnten in die Studie mit einbezogen werden. Bei der Aufteilung der einzelnen Berufsgruppen gab es keine signifikanten Unterschiede. Jedoch waren fast 3/4 (73,4%) aller Teilnehmer Frauen.
<b>Methode:</b> Alle Fragebogen, die den Empfänger nicht erreicht hatten oder auf denen der Beruf nicht angegeben war, wurden aus der Studie ausgeschlossen. Die Antworten wurden bei den verbleibenden Fragebogen nach Berufsgruppen gruppiert. Chi-Quadrat-Tests wurden eingesetzt, um die statistische Signifikanz der Unterschiede zwischen den einzelnen Berufsgruppen zu überprüfen. Um Richtung und Stärke des Zusammenhangs zwischen den Antworten bezüglich FGM und dem Geschlecht der Antwortenden sowie dem Erhebungsjahr zu quantifizieren, wurden Odds Ratios und 95% Vertrauensintervalle verwendet.
<b>Ergebnisse:</b> 518 Fachpersonen berichteten, sie wurden schon mindestens einmal mit einer beschnittenen Frau konfrontiert. Weibliche Fachpersonen hatten häufiger solche Erfahrungen als männliche. Berufsgruppen aus der Roman- die waren häufiger mit einer beschnittenen Frau konfrontiert, als die in der deutschsprachigen Schweiz. 104 Medizinalpersonen wurden gefragt, ob sie eine Defibulation vornehmen und 150 Medizinalpersonen wurden gefragt, ob sie nach der Geburt eine Reinfibulation vornehmen würden. Die häufigsten Formen von FGM waren die Infibulation (70,9%) und die Exzision (65,1%). Die meisten Frauen mit FGM, welche die befragten Fachpersonen gesehen hatten, waren zwischen 19 und 34 Jahren alt. Die am häufigsten erwähnten Herkunftsländer waren Somalia (71,4%), Äthiopien (33,9%) und Eritrea (20,2%). 42 Personen der befragten Berufsgruppe wurden schon einmal gefragt, wo in der Schweiz FGM möglich sei. Die Konfrontation von Fachleuten im Gesundheitswesen mit beschnittenen Frauen hat zwischen 2001 und 2004 um 10% zugenommen. Jeder siebte Gynäkologe und jede siebte Hebamme wurde, mindestens einmal, in seiner/ihrer Praxis mit einer beschnittenen Frau konfrontiert. Die Schwangerschaft sowie die Spätfolgen von FGM sind hauptsächlich Gründe für den Kontakt mit den Hebammen und Gynäkologen. Als häufigste Komplikationen von FGM wurden chronische Schmerzen und wiederkehrende Infektionen des Utrinktraktes genannt. 80,8% der befragten Personen wünschen sich die Integration des Themas FGM in das Curriculum einer Aus- oder Weiterbildung. Genauere Informationen über die Rechtslage von FGM wünscht sich einen Grossteil aller antwortenden Fachpersonen.
<b>Ethik:</b> Die Anonymität der Fragebogen wurde gesichert.
<b>Limits:</b> Die Studie besteht aus sehr vielen Teilnehmern und ist daher sehr repräsentativ. Ein Ziel der Studie war es herauszufinden, wie die Befragten mit betroffenen Frauen umgehen, aufgrund dessen, dass die Studie ein quantitati-

ves Design aufweist, konnte dieses Ziel nur sehr oberflächlich erreicht werden. Zudem wird die Ethik in der Studie nur minimal beschrieben.

**Kritische Beurteilung:** Die Studie wurde durch den Beurteilungsbogen von LoBiondo-Wood (2005) analysiert. Der Artikel hat die Aufnahmekriterien mit 78% erfüllt.

**Begründung zur Wahl der Studie:** In dieser Studie wird gezeigt, dass die Berufsgruppen im Gesundheitswesen vermehrt mit FGM konfrontiert werden. Die Studie zeigt klar auf, dass Interesse zur Thematik vorhanden ist. Durch die Umfrage und den daraus entstandenen Empfehlungen können konkrete Umsetzungen im Gesundheitswesen eingebaut werden.

WHO study group. (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries.
<b>Ziel:</b> Die Komplikationen bzw. Folgen von beschnittenen Frauen postpartum aufzeigen.
<b>Design:</b> Quantitatives Design; Prospektive Studie
<b>Setting:</b> 28 Geburtskliniken in Burkina Faso, Ghana, Kenia, Nigeria, Senegal und Sudan.
<b>Stichprobe:</b> Von 2001-2003 wurden 28'393 schwangere Frauen vor der Geburt ihres Kindes befragt. Frauen, bei welchen einen Kaiserschnitt geplant war, wurden nicht involviert.
<b>Methode:</b> Bei der vorgeburtlichen Untersuchung wurde festgestellt, ob die Frauen beschnitten sind. Falls ja, wurde ihr Einverständnis verlangt, um sie in die Studie einzubeziehen. Diese beschnittenen Frauen wurden anschliessend in die WHO-Typen von FGM eingeteilt. Um den Gesundheitszustand der Frauen nach der Geburt zu evaluieren, wurden diese bis zur Spitalentlassung begleitet. Folgende Faktoren wurden untersucht: Blutverlust postpartum, Spitalaufenthaltstage, Geburtsgewicht des Neugeborenen, Wiederbelebung der Neugeborenen und die perinatale Sterblichkeit. Um die Studie repräsentativ zu halten, wurden ebenfalls die folgenden Daten mit in die Studie eingeschlossen: Alter, sozialökonomischer Status, Ausbildung, Religion, vorherige lebende Geburtsrate, Wohnort (Stadt, Land), Wegzeit bis zum Spital, vorgeburtliche Untersuchungen, vorgeburtliches Gewicht, vorgeburtlicher BMI, Grösse und ob existierende Krankheiten vorhanden sind. Befragte Frauen, bei welchen gewisse Daten gefehlt haben, wurden aus der Studie ausgeschlossen. Mit den Teilnehmerinnen wurden anhand von den aufgezählten Faktoren Interviews durchgeführt. Die Ergebnisse wurden anhand eines Modells dargestellt und miteinander verglichen. Anschliessend wurden sie anhand von STATA statistical package analysiert.
<b>Ergebnisse:</b> Von allen Teilnehmerinnen waren fast 3/4 (74%) beschnitten. Davon 24% nach dem Typen 1; 27% nach dem Typen 2 und 23% nach dem Typen 3. Der Typ nach welchen die Frauen beschnitten waren, hing vom Ursprungsland ab. Nur ein geringer Teil (6%) der Frauen brachte ihr Kind per Kaiserschnitt zur Welt. 1'970 Teilnehmerinnen hatten einen postpartum Blutverlust von 500ml und mehr. Die Studie weist auf, Frauen, welche nach den Typen 2 und 3 beschnitten sind, brachten ihr Kind eher per Kaiserschnitte zur Welt und neigten eher zu postpartum Blutverlust von mehr als 500ml als nicht beschnittene Frauen. Frauen mit FGM mussten ihren Aufenthalt im Spital nach der Geburt oft verlängern. Die Mehrheit (88%) der Frauen mit FGM hatte nach der Geburt einen Dammschnitt. Von allen Teilnehmerinnen starben während ihres Spitalaufenthaltes 54 Frauen. 45 von diesen Frauen waren beschnitten. 10% aller Neugeborenen wogen unmittelbar nach der Geburt weniger als 2'500 Gramm, 8% mussten wiederbelebt werden und 5% waren Totgeburten oder starben unmittelbar nach der Geburt. In allen drei Punkten lag die Quote der Neugeborenen von beschnittenen Frauen signifikant höher als die Neugeborenen von Frauen ohne FGM.
<b>Ethik:</b> Diese Studie wurde von der WHO anerkannt.
<b>Limits:</b> Zu berücksichtigen ist, dass diese Studie in Ländern gemacht wurde, in denen FGM weit verbreitet ist und dass diese Länder eine limitierte Infrastruktur haben, deshalb kann diese Studie nicht generalisiert werden. Da aber ein Vergleich zwischen den Typen von FGM und den nicht beschnittenen Frauen auf-

gezeigt wurde, gibt die Studie trotzdem repräsentative Resultate. Die Studie wurde nur während der Zeit im Spital durchgeführt, sie gibt somit keine Informationen über spätere Komplikationen.

**Kritische Beurteilung:** Die Studie hat anhand der Bewertung von LoBiondo-Wood (2005) 12 Punkte von maximal 14 Punkten erreicht. Somit erzielte die Studie einen Prozentsatz von 85% und hat dadurch die Einschlusskriterien erreicht. Kritik erhielt die Studie, dass die Ziele der Studie nicht klar und übersichtlich angegeben wurden und dass die durchgeführten Interviews nicht genauer beschrieben wurden.

**Begründung zur Wahl der Studie:** Diese Studie zeigt auf, welche Komplikationen bei Frauen mit FGM nach einer Geburt gehäuft vorkommen. Für die Pflege ist es von Bedeutung diese Folgen zu kennen, damit das Wissen an die Betroffenen weiter gegeben und den Folgen vorgebeugt werden kann. So ist eine gewährleistete Pflege überhaupt erst möglich.

Wuest, S., Raio, L., Wyssmueller, D., Mueller, M.D., Stadlmayr, W., Surbek, D.V. & Kuhn, A. (2009). Effects of female genital mutilation on birth outcomes in Switzerland.
<b>Ziel:</b> Primäres Ziel war es die Bedürfnisse und Wünsche von schwangeren Frauen in Zusammenhang mit ihrer externen genitalen Anatomie nach einer Genitalbeschneidung im Kontext zu pränataler Pflege und die Pflege bei der Geburt zu bestimmen.
<b>Design:</b> Quantitatives Design; Retrospektive Fallkontrollstudie Studie
<b>Setting:</b> Universitätsspital Bern, Inselspital
<b>Stichprobe:</b> Von 1999 - 2008 wurden 122 Patientinnen, welche FGM durchlebt hatten und ein Kind im Inselspital zur Welt gebracht haben, befragt. Ebenfalls wurden in der Kontrollgruppe 110 Patientinnen, welche nicht beschnitten waren aber im gleichen Zeitraum im Inselspital ein Kind zur Welt brachten, befragt.
<b>Methode:</b> Die Patientinnen mit FGM wurden anhand eines Protokolls des Inselspitals ausgewählt. Falls es nötig war, stand ein Übersetzer in Bereitschaft. Die Patientinnen wurden befragt, wie das Prozedere für die Geburt ablaufen soll. Falls der Partner anwesend war, wurde dieser in die Befragung eingeschlossen. Diese Wünsche wurden anhand von Fallaufzeichnungen in speziell vorbereiteten Proformas, notiert. Während der Geburt wurde die Dauer der Geburt, die intrapartum Interventionen, Dammschnitte, Defibulation und Medikamente notiert. Umgehend nach der Geburt wurde das Gewicht des Neugeborenen genommen, der APGAR-Test durchgeführt und der arterielle und venöse pH-Wert bestimmt. Die Ernsthaftigkeit der Dammsrisse während der Geburt wurde nach der 9. Internationaler Klassifikation von Krankheiten klassifiziert. Um die fötalen und mütterlichen Ergebnisse zu vergleichen, wurde mit einer Kontrollgruppe die gleiche Prozedur durchgeführt. Die Ergebnisse wurden anhand von GraphPad Prism analysiert und zur strukturierten Übersicht in Tabellen festgehalten und schriftlich dargestellt.
<b>Ergebnisse:</b> Der Hauptteil der Teilnehmerinnen (n=42) kam ursprünglich aus Somalia, der restliche Teil stammt ebenfalls aus Ländern Afrikas und aus dem nahen Osten. Das Durchschnittsalter der Patientinnen betraf 27 Jahre und in der Kontrollgruppe zwei Jahre mehr. In der Gruppe der beschnittenen Frauen zeigt der Grossteil die Typen 2 (n=29) und 3 (n=58) von FGM auf. Gesundheitliche Probleme in Bezug auf FGM vor der Schwangerschaft waren Dispareunie (n=65), Apreunie (=8), schmerzhafte Menstruation (n=45) und Probleme in Bezug auf die Miktion. Weitere Folgen waren: wiederkehrende Harnwegsinfektionen und ein Gefühl von nicht komplett geleerter Blase. Als über den Umgang mit FGM während der Schwangerschaft gefragt wurde, haben acht Patientinnen geäußert, sie wünschten sich eine vorgeburtliche Defibulation. 52 Patientinnen wünschten sich eine Defibulation während der Geburt und 42 Patientinnen wünschten sich ebenfalls eine Defibulation während der Geburt aber nur durch das medizinische Personal, die Restlichen konnten ihre Erwartungen nicht ausdrücken. Sechs Teilnehmerinnen hätten sich gewünscht, nach der Geburt reinfibuliert zu werden. In Bezug auf die fötale Beziehung, mütterlichen Blutverlust oder der Dauer der Geburt, gab es zwischen der Gruppe mit FGM und der Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede. Aufgrund verschiedener Gründe gab es mehr Notfälle in der Gruppe der beschnittenen Frauen. Die Teilnehmerinnen wurden über ihre Zufriedenheit bezüglich der Handhabung des medizinischen Personals mit ihrer Genitalbeschneidung befragt. Mehr als die Hälfte

<p>(53%) der Frauen war sehr zufrieden, 23% mehr oder weniger zufrieden, 12% nicht zufrieden und die Restlichen waren nicht bereit diese Frage zu beantworten. Diejenigen, welche nicht zufrieden waren schliessen die Frauen, welche eine Reinfibulation wollten mit ein. Sechs Patientinnen waren mit der generellen Situation unzufrieden.</p>
<p><b>Ethik:</b> Diese Studie wurde von der kantonalen Ethikkommission Bern, Schweiz, ethisch anerkannt.</p>
<p><b>Limits:</b> Bei den Teilnehmerinnen wurde nur das Alter berücksichtigt und nicht die Parität und die Ethnizität, welche die Ergebnisse evtl. beeinflusst hätten.</p>
<p><b>Kritische Beurteilung:</b> Die Studie wurde anhand der Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Forschungen von LoBiondo-Wood (2005) bewertet. Die Studie erreichte 10 von insgesamt 14 Punkten. Dies sind 71% und somit erfüllt die Studie die Einschlusskriterien. Abzug erhielt die Studie betreffend den Forschungsfragen, diese wurden in der Studie nicht klar aufgezeigt. Ebenfalls Abzug erhielt die Studie in den Bereichen; Reliabilität und Validität sowie Anwendung und Verwertung in der Praxis. Diese Punkte wurden nicht konkret thematisiert.</p>
<p><b>Begründung zur Wahl der Studie:</b> Die Studie zeigt auf, dass mehr als die Hälfte der Befragten nicht zufrieden sind, wie das medizinische Personal sie betreute. Somit kann festgestellt werden, dass diese Studie für die erwähnte Forschungsfrage dieser Literaturübersicht berechtigt und bedeutsam ist. Die Studie stützt sich vorwiegend auf die Wünsche der beschnittenen Frauen bezüglich der Geburt, dies ist ein wesentlicher Faktor dieser Literaturübersicht. Aus diesen Gründen kann die vorliegende Studie für die Beantwortung der erwähnten Forschungsfrage sinnvoll eingesetzt werden.</p>



Zenner, N., Liao, L.-M. & Creighton, S.M. (2013). Quality of obstetric and midwifery care for pregnant women who have undergone female genital mutilation.
<b>Ziel:</b> Das Ziel dieser Studie war es, die Qualität der geburtshilflichen Betreuung und die Betreuung der Hebammen in Bezug auf beschnittene Frauen in einem Londoner Universitätsspital zu untersuchen und die Ergebnisse mit dem empfohlenen Management von Lokalabteilungen und der RCOG-Guidelines zu vergleichen.
<b>Design:</b> Quantitatives Design; retrospektive Studie
<b>Setting:</b> Die Studie wurde auf einer Abteilung in einem tertiären Geburtsspital in Inner London durchgeführt.
<b>Stichprobe:</b> 197 Fälle von gebärenden Frauen wurden untersucht, davon waren 39 beschnittene Frauen. Diese Frauen stammen aus afrikanischen Ländern, welche im Central London Teaching Hospital gebärt haben.
<p><b>Methode:</b> Die Institution führt ein Protokoll über das Management von Frauen mit FGM. Dieses Protokoll beinhaltet den Ablauf bei der Anamnese der Betroffenen und die Bewältigung des Umgangs mit beschnittenen Frauen. Die Daten wurden von Juli bis Dezember 2009 aus diesem Protokoll entnommen. Für den Vergleich wurden RCOG Guidelines und Guidelines von Lokalabteilungen für den Umgang mit beschnittenen Frauen, gebraucht. Folgende Standards wurden in dieser Studie untersucht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Alle Frauen, welche dem Risiko von FGM ausgesetzt sind, sollten bei der Anamnese auf das Thema angesprochen werden.</li> <li>-Alle Frauen mit FGM sollten an die Afrikanische Frauen Klinik weitergeleitet werden.</li> <li>-Alle beschnittenen Frauen sollten pränatal über die Anatomie und die Notwendigkeit einer Defibulation informiert werden.</li> <li>-Allen Frauen, welche nicht Englisch sprechen, sollte ein Dolmetscher zur Verfügung gestellt werden.</li> <li>-Alle Frauen mit FGM sollten von einem erfahrenen Arzt untersucht werden.</li> <li>-Alle Frauen, welche ein Mädchen geboren haben, sollten über die Illegalität von FGM informiert werden.</li> <li>-Das Gesundheitsamt sollte über jeden Fall informiert werden, wenn eine beschnittene Frau ein Mädchen zur Welt gebracht hat.</li> </ul> <p>Das Protokoll der Institution wurde gegenüber dem Patienten-Datenspeicher in Vergleich gesetzt. Folgende Daten wurden aus den Krankenakten entnommen: Alter, Heimatland, Schwangerschaftswoche bei der Anamnese, Schwangerschaftswoche als FGM diagnostiziert wurde, Einsatz von Dolmetschern, Beschneidungstyp, Defibulation und Zeitpunkt, Art der Geburt, Anzahl des geburtshilflichen Personals, ob ein Gespräch betreffend der Illegalität von FGM betreffend der Neugeborenen durchgeführt wurde und ob allgemeine Gespräche über FGM stattgefunden haben. Die Ergebnisse wurden anhand von MS Excel analysiert.</p>
<b>Ergebnisse:</b> Von allen Gebärenden, welche von Juli bis Dezember 2009 in dieser Institution ein Kind zur Welt brachten, waren 2% Frauen, welche von FGM betroffen waren. Die Mehrheit der betroffenen Frauen, hat erst nach der 12. Schwangerschaftswoche Kontakt zur Institution aufgenommen. 45% aller Frauen, welche ein Risiko zu FGM aufwiesen wurden auf das Thema angesprochen. Ungefähr die Hälfte der Betroffenen wurde an die Afrikanische Frauen Klinik weitergeleitet. Die Mehrheit der Befragten mit früherer FGM wurde über die Anatomie und die Notwendigkeit einer Defibulation aufgeklärt. Nur ei-

<p>ner Frau, welche kein Englisch sprach wurde einen Dolmetscher zur Verfügung gestellt. 87% der beschnittenen Frauen wurden von einem erfahrenen Arzt untersucht. Von 15 beschnittenen Frauen, welche ein Mädchen zur Welt brachten wurde keine auf die Illegalität von FGM angesprochen. Das Gesundheitsamt wurde nur über eine von insgesamt 15 beschnittenen Frauen, welche ein Mädchen zur Welt brachte, informiert.</p>
<p><b>Ethik:</b> Die Notizen wurden von Hand gesucht und eine Proforma-Prüfung wurde abgeschlossen. Alle Teilnehmerinnen der Studie sind anonym.</p>
<p><b>Limits:</b> Die Grösse der Stichprobe ist sehr klein und daher liefert die Studie nicht sehr repräsentative Daten. Die Ergebnisse werden selten in Zahlen dargestellt.</p>
<p><b>Kritische Beurteilung:</b> Die vorliegende Studie erhielt anhand der kritischen Beurteilung nach dem Beurteilungsbogen von LoBiondo-Wood (2005) 10 von maximal 14 Punkten. Dies sind 71%, somit hat die Studie die Aufnahmekriterien erfüllt. Abzug erhielt die Studie aufgrund dessen, dass keine Hypothesen oder Fragestellungen aufgestellt wurden, das Design zwar beschrieben aber nicht begründet wurde, die Validität evtl. verfälscht wurde, weil nicht alle Vorkehrungen in den Krankendossiers dokumentiert wurden und weil in der Studie nicht beschrieben ist, ob die Teilnehmerinnen ihre Zustimmung zur Durchführung dieser Studie gegeben haben.</p>
<p><b>Begründung zur Wahl der Studie:</b> Die Studie weist auf, dass es in der Versorgung von beschnittenen Frauen pränatal und postpartum erhebliche Lücken gibt. In dieser Literaturübersicht soll aufgezeigt werden, welche Unterstützung beschnittenen Frauen postpartum angeboten werden kann. Mittels dieser Studie können Verbesserungsvorschläge betreffend die Pflege eingebracht werden. Die Studie wurde in London durchgeführt, jedoch ist England, wie die Schweiz ein westliches Land und weist daher in vielen Punkten Gemeinsamkeiten auf.</p>

## H.) Überblick über die ausgeschlossenen Studien

Autoren und Jahr	Titel der Studie	Design	Begründung zur Ausschlussung
Catania, L., Abdulcadir, O., Puppo, V., Verde, JB., Abdulcadir, J. & Abdulcadir, D. (2007).	Pleasure and orgasm in women with Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C)	Quantitatives Design	Ziel: Die sexuelle Funktionsfähigkeit von beschnittenen Frauen zu eruieren. Dies ist keine Unterstützung zur Beantwortung der vorliegenden Fragestellung.
Elise, R., Johansen, B., Diop, J., Laverack, G. & Leye, E. (2013).	What Works and What Does Not: A Discussion of Popular Approaches for the Abandonment of Female Genital Mutilation	Review Article	Ziel: Interventionen, welche zur Abschaffung von FGM beitragen zu eruieren. Dies ist keine Unterstützung zur Beantwortung der vorliegenden Fragestellung. Zudem ist das Design nicht passend.
Elmusharaf, S., Elhadi, N. & Almroth, L. (2006).	Reliability of self reported form of female genital mutilation and WHO classification: cross sectional study	Quantitatives Design; Querschnittsstudie	Ziel: Die selbstberichtete Form von FGM bei Mädchen zu beurteilen und mit der entsprechenden Klassifikation der WHO zu vergleichen. Liefert keine direkte Antwort auf die Fragestellung.
Elmusharaf, S., Elkhidir, I., Hoffmann, S. & Almroth, L. (2006).	A case-control study on the association between female genital mutilation and sexually transmitted infections in Sudan.	Quantitatives Design; Fall-Kontroll-Studie	Ziel: Beurteilen, ob das Ausmass von FGM das Risiko von sexuell übertragbaren Infektionen beeinflusst. Liefert keine direkte Antwort auf vorliegende Fragestellung.
Gordon, H., Comerasamy, H. & Morris, N. (1997).	Female genital mutilation: Experience in a West London clinic	Quantitatives Design	Studie ist älter als 15 Jahre und Setting ist nicht in der Schweiz.
Hohlfeld, P. (2001).	Female genital mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists.	Quantitatives Design	Gleiche Studie wurde in deutscher Sprache gefunden und integriert.

Jacoby, S. & Smith, A. (2013).	Increasing Certified Nurse-Midwives' Confidence in Managing the Obstetric Care of Women with Female Genital Mutilation/Cutting	Interventionsstudie	Nicht passendes Design. Zudem liefert Studie keine direkte Antwort auf die Fragestellung.
Kaplan, A., Cham, B., Njie, L., Seixas, A., Blanco, S. & Utzet, M. (2013).	Female Genital Mutilation/Cutting: The Secret World of Women as Seen by Men	Quantitatives Design	Ziel: Das Wissen von Männern aus Gambia betreffend FGM zu eruieren. Dies liefert keine direkte Antwort auf die Fragestellung.
Litorp, H., Franck, M. & Almroth, L. (2008).	Female genital mutilation among antenatal care and contraceptive advice attendees in Sweden.	Quantitatives Design	Studie liefert eher allgemeine Daten über FGM und nicht spezifische Daten betreffend das vorliegende Thema.
Nobre, Y., Freitas, R., Felizardo, M., Ortiz, V. & Macedo, A. (2010).	TO CIRC OR NOT TO CIRC: CLINICAL AND PHARMACOECONOMIC OUTCOMES OF A PROSPECTIVE TRIAL OF TROPICAL STEROID VERSUS PRIMARY CIRCUMCISION	Quantitatives Design	Bezieht sich auf männliche Beschneidung.
Slanger, T., Snow, R. & Okonofua, F. (2002)	The impact of female genital cutting on first delivery in southwest Nigeria.	Quantitatives Design	Studie ist etwas älter und liefert keine direkte Antwort auf die Fragestellung.

## **I.) Selbständigkeitserklärung**

“Wir erklären hiermit, dass wir diese Arbeit selbständig verfasst haben. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen übernommen wurden, haben wir als solche kenntlich gemacht.“

Freiburg, 26.06.2014, Olivia Seifriz

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'O. Seifriz', with a stylized flourish at the end.

Freiburg, 26.06.2014, Jessica Zurkinden

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Zurkinden', written in a cursive style.